FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis PAULIAC

Né à Maisons-Alfort, le 4 janvier 1883



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Sarcomes du Naso-Pharynx

Président : M. PAUL SEGOND, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1911



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis PAULIAC

Né à Maisons-Alfort, le 4 janvier 1883

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES Sarcomes du Naso-Pharynx

Président : M. Paul SEGOND, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, Éditeurs

15, Rue Racine (vie)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

Patris sui in memoriam
necnon matris sororisque in honorem
illud modicum opus dedicavit
scriptor

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

M. LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Professeur de Clinique des maladies mentales

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Professeur de Pathologie expérimentale

M. LE PROFESLEUR AGRÉGÉ TUFFIER

Chirurgien de l'Hôpital Beaugeon

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT

Assistant de Laryngologie à l'Hôpital Saint-Antoine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES DU NASO-PHARYNX

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous nous proposons d'étudier une des tumeurs malignes que l'on rencontre dans le naso-pharynx : le sarcome. Les chirurgiens se sont préoccupés depuis fort longtemps des tumeurs du cavum ; on les trouve même signalées dans les canons hippocratiques, mais la différenciation de ces tumeurs en sarcome, épithélioma, fibrome, kyste, fibro-myxome et, par suite, leur étude particulière n'a été possible que grâce aux développements de l'histologie. C'est pourquoi elles n'ont commencé à être réellement étudiées que dans la seconde moitié du xix[e] siècle.

Les polypes naso-pharyngiens attirèrent les premiers l'attention, et de mémorables discussions eurent lieu à la Société de Chirurgie de Paris sur leurs méthodes de traitement, sur leur point d'implanta-

tion : Gosselin, Verneuil, Duplay, Nélaton y prirent part.

Trélat et Lannelongue firent observer en 1873 la dégénérescence maligne de certains fibromes naso-pharyngiens ; Lannelongue nota la ressemblance histologique que l'on trouve entre ces fibromes et le tissu sarcomateux, et s'en servit pour expliquer la malignité de ces tumeurs. Plus tard Castex, Duplay et Reclus, Moure, Escat, en France ; Morell-Mockenzie et Compaired à l'étranger étudièrent ces affections. Citons en outre les thèses de MM. Monbouyran et Laval.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Fréquence. — Les tumeurs malignes du cavum ont passé longtemps pour exceptionnelles ; Moritz-Schmidt dit n'avoir rencontré qu'un seul cas de tumeur maligne du cavum sur 42.000 malades. Von Leyden affirme que les sarcomes de la cavité naso-pharyngienne sont extrêmement rares ; Escat en donne une courte description dans son *Traité des maladies du pharynx*, 1900. Pourtant, dans ces dernières années, depuis qu'on examine mieux et plus souvent le cavum, les observations soit de sarcomes, soit d'épithéliomas du naso-pharynx se sont multipliés. Laval qui en réunit 72 cas dit que, bien que peu fréquentes, on ne doit pas considérer les tumeurs malignes du cavum comme exceptionnellement rares. Compaired les croit encore beaucoup plus fréquentes que ne sembleraient le faire croire les dernières publications. Tous les auteurs sont d'accord pour dire que le sarcome est plus fréquent que l'épithélioma ; dans les observations recueillies par Laval,

45 sont des sarcomes, 27 sont des épithéliomas. Dans le travail de Compaired qui comporte 20 observations, 12 sont des sarcomes.

En ce qui concerne l'âge ou le sexe, les tumeurs malignes de la cavité naso-pharyngienne obéissent aux mêmes lois que les sarcomes et les épithéliomas. D'une façon générale, le sarcome évolue chez des individus plus jeunes que l'épithélioma ; bien que le Dr Brault en ait rencontré un cas chez un enfant de trois ans et que nous en publions nous-même une observation chez un enfant de dix ans, il est très rare de le voir évoluer au-dessous de seize ans (Compaired). En général les malades ont entre vingt et quarante ans, mais il peut se développer chez des vieillards : Von. Leyden, par exemple, en cite un cas chez un individu de soixante ans. Nous publions une observation qui concerne une femme de soixante-huit ans.

L'épithélioma évolue plutôt entre quarante et soixante ans; mais là encore il n'y a pas de règle absolue, puisque le Dr Edler dit avoir vu un cas qui s'était présenté chez un enfant à peine âgé de quatorze ans.

D'après les tableaux du Dr Laval, les hommes prédominent ; d'après la statistique de Compaired, les femmes seraient en nombre supérieur. Si nous ne tenons compte que des 28 nouveaux cas que nous avons réunis, les hommes prédominent (16 cas), mais les observations chez les femmes (12 cas) sont cependant loin d'être exceptionnelles, et il nous semble

impossible de fonder une théorie pathogénique sur la fréquence des tumeurs dans le sexe masculin.

Anatomie pathologique. — Points d'insertions. — Le point de départ de toutes les tumeurs fibreuses ou sarcomateuses du cavum est encore très mal élucidé; pour les polypes naso-pharyngiens, il est encore classique de dire qu'ils naissent du trousseau fibreux basilaire au niveau du toit du cavum, et qu'ils n'envahissent que secondairement d'arrière en avant les cavités nasales. A cette notion classique, Jacques dans son rapport au Congrès international de Rhino-Laryngologie, août 1911, tend à substituer une nouvelle manière de voir : celle de l'insertion ethmoïdo-sphénoïdale et du siège primitivement nasal de ces néoplasmes... Si le mode d'insertion est encore si discuté pour des tumeurs relativement aussi fréquentes que les fibromes naso-pharyngiens, à plus forte raison est-il mal connu pour les sarcomes. Le point de départ de ces tumeurs est, suivant certains auteurs, l'amygdale de Luschka, suivant d'autres le périoste de l'apophyse basilaire.

Parmi les observations que nous publions, l'observation de Voltolini, l'observation d'Otto T. Freer (obs. XIII), donnent comme origine l'amygdale pharyngienne. Dans l'observation X de Schmiegelow, ce n'est plus seulement cette amygdale, mais tout l'anneau de Waldeyer. Mais nous rencontrons un bien plus grand nombre de cas où le périoste basilaire paraît être le lieu d'insertion. Nous disons paraît être parce que, à l'époque où les sarcomes

naso-pharyngiens sont diagnostiqués et examinés, ils ont atteint un tel développement qu'ils occupent tout le cavum. Par suite, ils contractent des adhérences secondaires avec toute la paroi supérieure, avec les faces postérieures et latérales, et il est difficile de préciser le point de départ exact. C'est le cas des observations de L. Clerc (obs. VIII), et de 5 observations de Compaired (obs. XVI, XVIII, XXII, XXVI, XXVII). Cependant, dans les observations du Dr Hautant, du Dr Gellé (obs. XIV), de Laranaga (obs. IX) et dans 2 observations de Compaired (obs. XX, XXI), l'implantation primitive de la tumeur semble s'être faite au niveau du périoste ; la pénétration d'un prolongement du néoplasme dans l'encéphale, pénétration déterminant de l'aphasie signalée dans l'observation XV, est une forte présomption en faveur de cette hypothèse. Enfin, dans l'observation de Jaboulay, l'autopsie a constaté l'implantation basilaire typique.

Quelques observateurs, R. Botey (obs. VII) et Compaired (obs. XVII, XIX) ont signalé des insertions latérales, des insertions postérieures (Rhodes, obs. III).

Nous étudierons les propagations de la tumeur à propos des symptômes.

L'histologie pathologique serait excessivement intéressante, mais comme le font remarquer Laval et Compaired, elle présente bien des obscurités comme celle des sarcomes des fosses nasales.

Des rhinologistes très expérimentés comme Ruault et Lubet-Barbon, prétendent avoir surpris en désac-

cord la clinique et le laboratoire dans le diagnostic de ces tumeurs. M. Escat a tenu en observation pendant cinq ou six ans des tumeurs nasales, dont l'une paraissait guérie, l'autre arrêtée dans son évolution en dépit du pronostic extrêmement malin qui semblait ressortir de l'examen histologique. Compaired rapporte le cas d'une malade qu'il a opéré plusieurs fois la même année d'une tumeur située en pleine tête du cornet inférieur droit, qui, d'après son aspect clinique « semblait être un fibro-sarcome », il réussit après 3 séances à l'extirper, en enlevant tout le cornet avec les tissus sains qui entouraient la tumeur. Les différentes récidives eurent lieu peu de jours après la cicatrisation de la blessure chirurgicale; cependant l'analyse histologique qualifie la tumeur de polype fibreux.

Étiologie. — Nous n'avons pas l'intention de nous occuper de l'étiologie des sarcomes en général, ce serait sortir du cadre de notre sujet. Cette question est d'ailleurs très obscure et nous ne pourrons que reproduire ce qui est écrit dans les traités de pathologie générale. Nous allons passer en revue dans ce chapitre ce qu'on a noté avant l'éclosion des sarcomes naso-pharyngés.

Le plus souvent le sarcome est primitif.

Dans 18 cas sur les 28 que nous publions, on n'a rien remarqué dans les antécédents des malades, mais d'autrefois il semble succéder à des tumeurs bénignes, en particulier à des végétations adénoïdes. Observation I de Caldeira Cabral, observation XIII

d'Otto Freer et dans une observation de Delie (obs 20).

Dans l'observation XVIII Compaired a noté des polypes récidivants ; Fitzgérald Powel, dans le cas qu'il signale, avait rencontré de nombreux polypes muqueux dans le nez (obs IV). Un malade de Compaired avait été opéré d'un kyste.

Le sarcome peut être le résultat de la transformation maligne d'un fibrome. Trélat, en 1873, faisait remarquer à la Société de Chirurgie qu'il n'y a entre les fibromes, les fibro-sarcomes, et les sarcomes vrais que des transitions insensibles.

Lannelongue, à la même époque et dans la même société, attirait l'attention sur la présence, dans un fibrome naso-pharyngien, de nombreuses cellules, les unes petites et embryonnaires, les autres volumineuses, d'autres déformées et en outre des nombreux vaisseaux. Il faisait remarquer qu'il avait rencontré cette disposition dans quatre fibromes qu'il avait opérés et qui avaient récidivé, et expliquait par cette constitution anatomique ces récidives qui, dit-il, sont l'exception dans les fibromes et la règle dans les sarcomes.

Les 2 observations de Jaboulay sont une preuve de ces transformations malignes. Dans l'observation XI, le passage de la bénignité à la malignité s'est fait insensiblement ; les symptômes restaient ceux d'un fibrome, la métastase thyroïdienne qui se produisit attira seule l'attention. Dans l'autre observation que nous empruntons à la thèse de

Mathieu, il y a d'abord eu un fibrome, opéré, avec guérison relative tout au moins, persistant pendant trois ans, puis récidive, s'accompagnant des mêmes symptômes, mais plus accentués. La mort fut la terminaison de ces cas ainsi que pour les cas de Lannelongue dont nous parlons plus haut.

Signalons enfin une théorie toute nouvelle sur la pathogénie de ces tumeurs : pendant ces dernières années Poppi, Civalleri et surtout Citelli ont publié des travaux anatomiques sur l'hypophyse pharyngé chez l'homme.

Citelli a publié à ce sujet une revue d'ensemble dans *les Annales des maladies de l'oreille*, novembre 1910, et il conclut de son travail anatomique que l'hypophyse pharyngé peut être le point de départ d'un certain nombre de tumeurs du cavum. Plus récemment encore, au Congrès international de Laryngologie, août 1911, Ferreri de Rome développe cette même théorie et soutient que les polypes naso-pharyngiens sont des néoformations du tissu fibreux basi-sphénoïdal dues à la présence des résidus de l'hypophyse pharyngienne et à un arrêt de l'ossification de la base du crâne (persistance du canal cranio-pharyngien).

Dans l'observation de Coutela que nous rapportons, on peut peut-être invoquer cette pathogénie.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

Nous décrirons deux périodes : une période latente et une période d'état, et deux sortes de symptômes : 1° fonctionnels ; 2° physiques.

Symptômes fonctionnels.

Période latente.

Le début de cette affection est très insidieux et la tumeur a déjà atteint un certain volume avant que le malade se soit rendu compte de son état. Le premier signe est une sorte de gêne de la respiration nasale ; il manque rarement. Nous le trouvons en effet dans la plupart des observations que nous citons. Cette gêne respiratoire est permanente, constante et ascendante, elle fait dormir le sujet la bouche entr'ouverte et détermine des ronflements. On remarque également assez souvent des épistaxis et des troubles de l'ouïe.

Les épistaxis (obs. IV, V, VI, VII, XI, XIII) n'ont pas la même intensité ici que dans le fibrome naso-pharyngien, sauf le cas de sarcome télangectiasique (obs. VII), ils ne fournissent donc pas d'indication opératoire précoce.

Les troubles de l'ouïe (obs. I, VII, XII, XVI, XX, XXIV) débutent par des bourdonnements d'oreilles qui vont en s'accentuant et dégénèrent bientôt en diacousie puis en surdité. Cette surdité est unilatérale, elle ne deviendra totale qu'à la période d'état.

On voit encore, mais d'une façon moins constante, des douleurs. Elles siègent à la partie postérieure du cou et s'irradient au vertex (obs. III), dans l'oreille (obs. XVI), au niveau de l'œil et de la face (obs. XX).

Quelquefois la maladie simule un coryza (obs. III).

Période d'état. — L'obstruction nasale s'accentue et devient bilatérale ; la respiration n'est plus possible que par la bouche ; l'odorat se trouve ainsi supprimé.

Des troubles de la phonation apparaissent : la voix est nasonnée, gutturale, empâtée.

Les épistaxis deviennent plus abondants ; la surdité est complète, les douleurs s'exaspèrent.

Des signes nouveaux se montrent : l'augmentation du volume de la tumeur détermine de la dysphagie ; aux périodes ultimes le malade ne peut plus absorber que des liquides (obs. XV) ; enfin des phénomènes d'infections se manifestent soit du côté du nez, écoulement nasal muco-purulent abondant, soit du côté de l'oreille moyenne, otite suppurée.

Le développement progressif de la tumeur et l'envahissement par ses prolongements des cavités voisines, déterminent des compressions nerveuses et par suite des paralysies : hémiplégie faciale,

mydriase dans l'observation de Verneuil et Sehweich, paralysie faciale dans les observations de Veillon, Alexander, Pierre, paralysie de moteur oculaire externe dans l'observation de Mülfarth, aphasie dans l'observation de Hautant.

Les métastases sont plus rares dans la forme du sarcome que nous étudions que dans les autres ; cependant on en cite. L'aphasie que nous avons signalée dans l'observation relève peut-être de cette origine. D'autres cas sont indiscutables, noyau dans le quatrième ventricule dans une observation de Bryk, métastase au rein droit dans une observation de Wassermann, métastase thyroïdienne (obs. XI, Jaboulay de Lyon).

Signes physiques

Période de début. — Ils sont peu marqués ; il n'y a naturellement pas encore de déformation extérieure ; seuls la rhinoscopie et le toucher peuvent donner quelques indications.

La rhinoscopie antérieure ne donne rien le plus souvent, le point d'insertion de la tumeur est trop haut.

La rhinoscopie postérieure permet de voir une tumeur en général mamelonnée, rosâtre ou blanc rosée, quelquefois grisâtre, s'insérant au niveau de l'apophyse basilaire. Au toucher on peut reconnaître qu'elle est de consistance élastique, plus résistante

que les végétations adénoïdes, moins que le fibrome naso-pharyngien. Les ganglions sont intacts à cette période.

Période d'état. — Tous les signes précédemment indiqués se précisent : la rhinoscopie antérieure montre soit les prolongements de la tumeur pénétrant dans les fosses nasales, soit la tumeur au niveau des choanes.

En faisant ouvrir la bouche du malade on s'aperçoit assez souvent que le voile du palais est abaissé et refoulé en avant (obs. III, IV, XI, XVIII). D'autrefois, l'extrémité inférieure du sarcome pend au-dessous du niveau du voile (obs. XXVI).

Par la rhinoscopie postérieure, on voit une tumeur ayant les mêmes caractères macroscopiques qu'à la période du début, mais d'un volume beaucoup plus considérable: elle peut remplir tout le naso-pharynx. La coloration rouge est la plus fréquemment observée, d'autrefois c'est une coloration grisâtre avec des tâches rougeâtres.

Au toucher, on peut se rendre compte que la tumeur est mollasse, rénitente, dure en certains points, plus molle en d'autres (obs. XV), ou bien encore qu'elle est dure uniformément, mais la première de ces consistances est plus fréquente. Le contact du doigt ou d'un instrument peut faire saigner le néoplasme.

Les ganglions se prennent quelquefois (obs. VI, XIII, XIV, XIX) ; tardivement d'ailleurs comme dans tous les sarcomes. Cette adénopathie siège en arrière

du maxillaire, au niveau de l'angle (obs. VI, XIII), sous le maxillaire (obs. XIV, XIX), dans la région cervicale (obs. XIX).

Enfin, d'autres signes sont fournis par l'envahissement par la tumeur des régions avoisinant le nasopharynx. Les fosses nasales peuvent être complètement occupées. Dans l'observation de Jaboulay de Lyon (obs. XI), on voit « pendre des narines, en grelot, deux bourgeons rougeâtres, friables et saignants ».

On note de l'exophtalmie monoculaire dans les observations XIV et XVIII ; cette exophtalmie est double dans l'observation XI et elle s'accompagne même de la perte de la vision d'un côté ; on remarque aussi dans cette observation une déviation latérale du nez.

Dans l'observation de Clerc (obs. VIII) le sarcome s'était fait jour le long de la trompe et faisait saillie par le conduit auditif externe.

Les prolongements de la tumeur peuvent envahir les fosses temporales, ptérygo-maxillaires (obs II), le sinus maxillaire, le labyrinthe ethmoïdal (obs IX), l'articulation maxillaire et l'articulation atlo-axoïdienne (obs. XIII), la mâchoire s'ouvre avec difficultés, les mouvements de rotation de la tête sont limités.

On note encore la pénétration d'un prolongement dans l'intérieur du crâne (obs. XV). Dans l'observation de Jaboulay (*in* Mathieu) une tumeur du volume

d'une noisette a perforé la dure-mère et occupe le centre de la fosse pituitaire ; la gouttière caverneuse est envahie. La face inférieure du splénoïde est détruite.

CHAPITRE IV

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le pronostic est des plus sombres à cause de la rapidité de l'évolution. Dans certains cas on ne peut même pas tenter une opération, la marche trop rapide de la tumeur, ou la faiblesse du malade interdisent toute tentative opératoire (obs. XIII, obs. XXVII). Quelquefois à la suite de l'ablation le néoplasme subit une accélération étonnante. La malade de Caldeira Cabral récidive six jours après l'opération. Une malade de Compaired récidive au bout d'un mois : une autre est opérée le 2 mai, sort considérée comme guérie le 10, et se trouve en pleine récidive le 20 mai. M. Escat, dans son *Traité des maladies du pharynx* parle d'un malade dont la tumeur quinze jours après une première opération serait réapparue avec un volume trois fois plus considérable. Opéré une deuxième fois il succomba le soir de l'opération.

Parmi les 28 cas que nous publions, il y en a 12 où l'on a pas de renseignements ; notre statistique ne pourra donc porter que sur 16 malades ; 7 sont morts et 2 furent renvoyés comme inopérables. Huit sont considérés comme guéris.

A première vue,ces chiffres paraissent infirmer ce que nous disons de la gravité de ces tumeurs ; mais parmi ces 8 guérisons,5 sont constatées après la cicatrisation de l'opération. Dans 1 de ces cas, M. Compaired a soin de faire remarquer qu'il considère cette guérison comme apparente. Reste donc 3 guérisons, une constatée depuis cinq mois du Dr Watson Williams; une constatée depuis neuf mois par M.R. Botey. Ici l'opération a été très précoce, des hémorragies répétées et une surdité légère ayant conduit le malade à se faire examiner ; on a fait des applications de radium ; malgré cet ensemble de causes favorables,l'auteur ne veut cependant pas le donner comme définitivement guéri ; il trouve le délai trop court. La seule guérison qui nous paraît définitive est celle d'un malade du Dr Compaired ; elle persiste en effet depuis cinq ans.

Si nous passons aux observations réunies dans la thèse de Laval et dans les ouvrages précédents, nous trouvons 24 malades dont on ignore l'évolution ; 19 morts, 1 renvoyé comme inopérable et 5 guéris. Nous dirons de ces guérisons ce que nous avons dit des précédentes, 3 ne portent pas l'indication de la date à laquelle elles ont été constatées ; une constatée 9 mois après (Walsham); une, celle de Burney, a été contrôlée au bout de trois ans.

Nous terminerons ce chapitre en disant que, pour nous, l'évolution du sarcome naso-phanyngien est presque toujours fatale, nous arrivons en effet à un total de 29 morts ; nous estimons pouvoir ranger

parmi les morts les 3 malades renvoyés comme inopérables, et de 3 guérisons dont 2 certaines, car elles sont constatées l'une après cinq ans (obs. XXIII), l'autre après trois ans (obs. XXXIX) et deux probables après neuf mois (obs. VII, obs. IX). Nous ferons remarquer que la tumeur, dans le cas de M. Compaired, était un fibro-sarcome, c'est une des formes les moins malignes du sarcome.

La mort survient soit quelquefois immédiatement après l'opération ; soit par suite des progrès de la cachexie : cachexie déterminée par la dysphagie et les douleurs occasionnées par la marche envahissante de la tumeur. Elle peut encore être déterminée par une pénétration intra-cranienne du néoplasme ou à la suite d'une pneumonie causée par la déglutition de fragments de tumeur.

Pour que le pronostic devint moins sombre, il faudrait qu'on pût examiner les malades très près du début de leur affection, afin qu'on pût faire une opération complète ; malheureusement ces tumeurs ont un début insidieux, sans manifestations qui attirent l'attention du malade qui vient toujours consulter trop tard.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs malignes du cavum ne peut pas être basé sur les symptômes fonctionnels, tout au plus peuvent-ils guider vers l'exploration du cavum, aussi faut-il examiner de parti pris l'arrière cavité du nez dans tous les cas d'obstruction nasale ou d'obstruction tubaire.

D'une façon générale, après rhinoscopie postérieure le diagnostic est relativement simple.

Pendant longtemps, le sarcome se présente comme une tumeur non ulcérée, on pourrait alors le confondre avec des kystes de la cavité du pharynx, exceptionnels d'ailleurs, ces kystes ont l'aspect d'un gros grain de raisin blanc, fluctuant et rénitent.

Ardennes a signalé des abcès chroniques de la voûte du pharynx ; par le toucher ils donnent nettement la sensation de fluctuation. Compaired insiste sur le diagnostic des sarcomes avec les abcès latéro-rétro-pharyngiens et même avec les abcès rétro-amygdaliens, « mais l'existence antérieure d'une maladie suppurée du tube auditif, le début du mal, son cours

aigu et le fluctuation de la tumeur, à part les douleurs lancinantes, la dysphagie douloureuse, etc., et d'autres symptômes qu'il est inutile d'énumérer préciserons le diagnostic. Cependant il existe des cas dans lesquels il est possible de rencontrer un abcès latéro-pharyngien ou rétro-pharyngien survenu dans le cours de l'évolution d'un sarcome naso-pharyngien, mais l'on pourra toujours distinguer avec assez de facilité les manifestations cliniques d'un cours lent et chronique qui appartient à la tumeur avec le processus inflammatoire aigu précurseur de l'abcès. Enfin, lorsque l'abcès s'ouvre de lui-même ou qu'il est ouvert par le chirurgien, le diagnostic se trouve confirmé » (Compaired).

De volumineuses végétations peuvent faire penser à un sarcome végétant (cas de Pierre, Seneker), cependant un sarcome végétant donne bien rarement l'aspect exact de végétations, d'autre part l'évolution est très différente ; les végétations ont une marche torpide : le sarcome s'étend rapidement, devient envahissant, détermine des douleurs locales, de la dysphagie qu'on observe jamais dans les végétations.

Les polypes fibro-muqueux des choanes sont pédiculés, mobiles, mous, à marche très lente et ne donnent pas naissance aux troubles fonctionnels qui se présentent dans les tumeurs malignes naso-pharyngiennes. Quant à l'enchondrome, il est d'une rareté vraiment exceptionnelle : c'est une tumeur d'une dureté osseuse qui évolue très lentement ; ses limites

sont parfaitement marquées, elle n'émet aucun prolongement ni dans le pharynx ni dans les fosses nasales, elle évolue presque sans symptômes fonctionels, sauf une gêne de la respiration nasale et une sensation de corps dans le cavum.

A la période de pré-ulcération il faut surtout différencier le sarcome et le fibrome naso-pharyngien. Le fibrome naso-pharyngien est uniquement une affection des adolescents, il se présente sous l'aspect d'une tumeur ligneuse à surface lisse, son évolution est lente. Pourtant il faut bien se rappeler qu'entre le fibrome naso-pharygien et le sarcome purs il existe des formes de transition : fibro-sarcome que l'évolution clinique seule permet de ranger de préférence dans telle ou telle classe.

A la période d'ulcération il faut faire surtout le diagnostic avec la gomme du pharynx et avec l'épithélioma. La syphilis tertiaire sous forme de gomme circonscrite ou de syphilome diffus peut évoluer comme une tumeur maligne ; en effet, ces lésions, selon les paroles du professeur Fournier, sont capables de déterminer la mort « d'une façon rapide, immédiatement irrémédiable, presque sidérante même ». Dans *les Annales des maladies des oreilles et du larynx*, M. Fournier a rapporté l'observation d'une malade chez laquelle la mort survint treize jours après l'apparition des symptômes. L'autopsie révéla des lésions osseuses de la base du crâne prédominant au niveau de la selle turcique et des lésions d'encéphalite de la base correspondant exactement au

siège des lésions osseuses. Le diagnostic différentie de syphilis tertiaire ou de tumeur maligne est très difficile à poser. Le caractères physiques sont les mêmes ; l'adénopathie fait en général défaut dans les 2 cas ; quelquefois on rencontre de l'ozène dans la syphilis ; ce signe a une réelle valeur comme moyen de diagnostic, mais il est loin de se rencontrer toujours. Le plus souvent il faudra faire un examen histologique ou essayer le traitement spécifique qui seul permettra de différencier les deux affections.

L'épithélioma se présente sous la forme d'une tumeur plus petite que le sarcome et a moins de tendances que lui à émettre les prolongements. Son ulcération est sanieuse, irrégulière, ses ganglions sont beaucoup plus précoces.

On peut, avec Compaired, résumer les diagnostics différentiels principaux dans le tableau suivant, emprunté au travail qu'il a fait paraître dans *les Archives internationales de Laryngologie*.

Sarcome naso-pharyngien	Epithélioma naso-pharyngien	Infiltration gommeuse diffuse du naso-pharyngien	Fibrome naso-pharyngien
Age. — Ordinairement avant quarante ans. *Marche.* — Régulièrement lente. *Caractères.* — Absence d'infiltration ganglionnaire des régions sub-maxillaires et cervicales jusqu'à ce que s'ulcère la tumeur. Tumeur dure, lisse, diffuse, qui remplit la cavité naso-pharyngienne tout entière ou seulement un de ses côtés, repoussant en avant le voile, les piliers et la luette, et ayant de préférence une tendance à s'étendre dans le pharynx, indolente même à la pression. Exagération des réflexes pharyngiens.	*Age.* — Règle générale passé les quarante ans. *Marche.* — Quelque peu rapide. *Caractères.* — Ganglions engorgés, surtout ceux du cou, sous-maxillaires du côté affecté, bien que la tumeur ne soit pas ulcérée. Tumeur limitée, ni dure, ni molle, généralement localisée dans les régions tubaires, ou dans les régions choanales, douloureuse sur la pression et même spontanément, ayant une tendance à se propager dans les fosses nasales.	*Age.* — De trente à cinquante ans. *Marche.* — Lente. *Caractères.* — Ganglions engorgés multiples, surtout les ganglions cervicaux dès le début de l'infiltration gommeuse. Tumeur diffuse, lisse, avec dureté un peu uniforme qui cède à la pression, indolente sans tendance préférée dans sa diffusion. Exagération des réflexes. Antécédents syphilitiques.	*Age.* — Depuis l'enfance jusqu'à trente ans. *Marche.* — Très lente. *Caractères.* — Absence de ganglions engorgés. Tumeur ligneuse, parfaitement limitée et fixe, même à la pression, tendance à s'étendre vers le pharynx, les fosses nasales. Aucune aggravation des réflexes pharyngiens.
Elle s'ulcère tardivement, et détermine de fréquentes hémorragies. Est guéri rarement par la chirurgie.	S'ulcère prématurément avec une certaine rapidité, détermine des hémorragies, et au toucher on apprécie des bords et un fond fongueux. Complète inefficacité des traitements employés jusqu'à ce jour.	Ulcération comme si elle était faite, à l'emporte-pièce qui produit peu d'hémorragie. Elle est à peine douloureuse, d'aspect mou, ses bords et son fond sont fongueux. Le régime anti-syphilitique guérit cette manifestation tertiaire.	Ne s'ulcère généralement pas, même lorsqu'elle détermine des hémorragies nasales. L'opération pratiquée en temps opportun guérit cette affection.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

On a employé pour obtenir la guérison de ces néoplasmes des traitements médicaux, certains agents physiques comme le radium, les rayons X et l'électrolyse : enfin et surtout la chirurgie.

TRAITEMENTS MÉDICAUX

Nous parlerons d'abord des traitements médicaux. Autrefois on faisait prendre des antimoniaux et du mercure, cette deuxième médication montre que l'on devait confondre les accidents tertiaires de la syphilis avec des tumeurs malignes et que par conséquent on devait obtenir de bons résultats par ce traitement, grâce aux erreurs de diagnostic. Actuellement on a cherché à employer l'arsenic, la quinine et l'adrénaline.

1° *Arsenic.* — Mac Bride aurait arrêté par des injections de cacodylate, l'évolution d'un lympho-sarcome, pourtant finalement le malade mourut. Schmiegelow eut aussi un insuccès avec le cacodylate, Wassermann employa sans plus de résultat la liqueur de Fowler ; seuls, Heymann et Alexander auraient chacun observé une guérison radicale par l'emploi de l'arsenic à l'intérieur.

2° *Quinine.* — La quinine a donné des résultats très incertains.

3° *L'adrénaline.* — Mahu le premier (*Presse médicale*, 4 avril 1903) traita 3 malades porteurs d'épithéliomas ulcérés à l'aide d'applications locales d'adrénaline 1/1000 et constata qu'elles arrêtaient les hémorragies persistantes, supprimaient la douleur ; il y eut une amélioration rapide et continue de l'état général ; mais l'amélioration n'alla pas jusqu'à la guérison. Dans un cas il s'agissait de cancer de la langue, dans l'autre de cancer du larynx, dans le troisième de cancer du vestibule du larynx. Berdier et Falabert ont rapporté d'autre part une série de 9 cas de cancers traités par injections sous-cutanées ou interstitielles d'adrénaline, une de ces observations concerne un cancer du naso-pharynx ; dans tous les cas ils obtinrent des résultats analogues à ceux de Mahu (*la Escuella de medicina*, t. XX, 1905). Cette méthode de traitement a été appliquée dans 3 des observations que nous rapportons.

1° Dans le cas de Rhodes de Chicago, la malade fut améliorée transitoirement, la respiration nasale se rétablit partiellement, les troubles de l'ouïe diminuèrent, mais le malade ne tarda pas à mourir de cachexie.

2° Dans le cas d'Otto Freer, le traitement fut interrompu à cause de vertiges, on n'a pas de renseignements sur la suite de l'évolution de la maladie.

3° Dans le cas de Hautant, on observa une amélioration des symptômes locaux, la céphalée disparut pour un temps, mais le malade succomba aphasique.

En somme l'adrénaline a pour résultat d'anémier la tumeur, de désinfecter ces ulcérations, de procurer ainsi au malade une amélioration transitoire et quelques consolations.

TRAITEMENT PAR LES AGENTS PHYSIQUES

Les traitements par les agents physiques ont donné des résultats très contestables.

D'après Albert Schliebs l'électrolyse donnerait dans beaucoup de cas des résultats satisfaisants. Pourtant, dans notre statistique, nous ne trouvons qu'un cas traité par l'électrolyse (obs. de Becco) et le résultat fut un échec.

Les rayons X furent employés dans un cas de Schmiegelow (obs. X) où le cacodylate avait échoué, le malade guérit, mais l'observation ne comporte pas de renseignements sur la durée de cette guérison. Dans le cas de Clerc (obs. VIII), la radiothérapie fut employée après opération chirurgicale, elle réussit à calmer les douleurs du malade, ralentit l'envahissement mais ne l'arrêta pas.

Le radium fut employé par Botey après opération chirurgicale (obs. VII), la guérison se maintenait neuf mois après l'intervention.

En somme, l'emploi des rayons X et du radium a été peu étudié, aussi jusqu'à nouvel ordre ces agents nous apparaissent surtout comme devant constituer un traitement adjuvant du traitement chirurgical.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical proprement dit peut être basé sur deux grandes méthodes :

1° On enlève la tumeur par les voies naturelles ;

2° L'extirpation est précédée d'une opération préliminaire.

Mais quel que soit le procédé employé il faut le faire précéder d'une trachéotomie préliminaire. En effet, le danger de toutes ces opérations réside dans l'hémorragie et surtout de la chute du sang dans les voies aériennes. Aussi est-il bon de pratiquer une trachéotomie préliminaire.

L'anesthésie chloroformique est alors faite par la canule trachéale ; ce qui permet de tamponner l'entrée des voies digestives et des voies aériennes. Puis l'opération terminée la canule trachéale est supprimée.

Au lieu d'une trachéotomie vraie, il est préférable de faire une ponction inter-crico-thyroïdienne avec la canule de Poirier ou celle de Botey. Cette canule plate fait un traumatisme minime et quand elle est retirée, la plaie trachéale se referme de suite. A peine a-t-on noté dans quelques cas de l'emphysème du cou.

Cette méthode tend actuellement à être employée d'une façon systématique comme premier temps des opérations pratiquées pour enlever les tumeurs du naso-pharynx.

A. — *Opération par les voies naturelles.* — On peut essayer d'enlever la tumeur à l'anse froide ou à l'anse galvanique.

Le plus souvent il faut procéder à l'ablation de la tumeur avec les pinces d'Escat ou de Doyen, ou même procéder à une rugination du cavum, comme on le fait assez souvent dans les cas de fibromes naso-pharyngiens. Botey (obs. VII) a opéré son malade par un procédé analogue : il s'agissait d'une tumeur très localisée, il obtint un bon résultat. Ces méthodes ne peuvent s'appliquer qu'à des cas ainsi bien limités, mais précisément ils sont très rares et, d'autre part, il ne faut pas oublier que les lésions sont souvent plus étendues que l'examen ne le fait croire, on risque ainsi de faire une opération incomplète dans les seuls cas où par une intervention plus large on eût pu vraiment appliquer les principes généraux de la thérapeutique chirurgicale en fait de tumeurs malignes, qui consistent à pratiquer des exérèses, débordant nettement les limites du mal.

B. — *Ablation après opération préliminaire.* — Lorsque l'extirpation de la tumeur nécessite une opération préliminaire, quatre voies peuvent être utilisées : la voie nasale, la voie palatine, la voie maxillaire, la voie pharyngienne.

1° *La voie pharyngienne.* — Elle n'a guère été employée qu'en Allemagne, on trouve sa description dans la thèse de Schliebs. Elle consiste à pratiquer

une pharyngotomie sus-hyoïdienne transverse.

« Cette opération exécutée d'abord par Grunwald, puis par von Hacker, Spisarny et Fedoroff, dans les cas de tumeur maligne de la base de la langue et des amygdales a été préconisée pour la première fois par Hoffmann pour l'extirpation des tumeurs du naso-pharynx. La technique est la suivante ; on place le malade en position déclive, on fait une incision transverse de 12 centimètres de long, au-dessus de l'os hyoïde. Puis on sectionne les muscles mylo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens et hyoglosses à une certaine distance de leurs insertions hyoïdiennes, on récline en arrière les deux glandes sous-maxillaires, on détache les insertions hyoïdiennes du tendon intermédiaire du digastrique. On arrive alors sur la muqueuse pharyngée que l'on incise transversalement ; mais cette plaie est peu béante, parce que l'os hyoïde est encore maintenu en place par les muscles stylo-hyoïdiens, le constricteur du pharynx et les fibres latérales de l'hyoglosse. On place ensuite des écarteurs en avant sur la base de la langue et sur les côtés sur les parois latérales du pharynx ; on peut obtenir ainsi une dilatation extraordinaire du conduit pharyngien ; ce qui permet à l'opérateur de bien voir tout le naso-pharynx, la face antérieure des premières vertèbres cervicales, l'amygdale pharyngienne et les orifices tubaires. »

Cette méthode est trop récente pour qu'on puisse juger sa valeur pratique, aucun de nos malades n'a subi une opération de ce genre. Nous nous per-

mettrons d'objecter au principe de cette méthode que le sarcome du naso-pharynx, émettant très fréquemment des prolongements, elle ne sert en rien pour l'exploration des fosses nasales où précisément ces prolongements sont le plus fréquent.

2° *Voie palatine.* — Manne, chirurgien à Avignon au commencement du XVIIIe siècle, eut l'idée, le premier d'inciser le voile du palais sur la ligne médiane pour faciliter l'extirpation d'un polype naso-pharyngien ; il eut l'occasion d'appliquer trois fois son procédé.

Depuis cette époque, plusieurs chirurgiens eurent recours à ce procédé. Nous citerons J.-L. Petit, Morand, Brulatour. J.-L. Petit, puis Jobert (de Lamballe), proposèrent d'inciser le voile du palais en deux endroits, des deux côtés de la luette.

Dieffenbach modifia la méthode de Manne, il prolongeait l'incision sur la voûte palatine même, mais il laissait intact le bord libre du voile du palais.

Maisonneuve reprit le procédé de Dieffenbach.

En 1879, E. Bœckel (de Strasbourg) conseilla de substituer à l'incision longitudinale une incision transversale.

Cependant le champ opératoire mis à nu restait trop limité, aussi chercha-t-on à pratiquer des sections osseuses.

En 1843, un chirurgien de Dorpat, Adelmann, eut l'occasion d'enlever un polype naso-pharyngien qui

avait déterminé une perforation de la voûte palatine.

Mais c'est Nélaton qui, en 1848, créa la vraie méthode palatine osseuse par résection définitive de la voûte palatine.

Richard et Botrel en France, Gussenbauer en Allemagne, modifièrent plus ou moins le procédé de Nélaton.

Plus récemment, Chalot en France, Kocher et Partsch à l'étranger, ont employé la résection temporaire.

Nous n'insisterons pas ici sur la technique de la résection définitive de la voûte palatine, opération de Nélaton ; c'est une opération classique, décrite dans tous les manuels opératoires ; elle est du reste de moins en moins employée, on ne l'utilise plus guère que dans les cas où la tumeur a perforé la voûte. A l'heure actuelle elle fait place aux résections temporaires.

La résection temporaire de la voûte palatine se fait suivant trois procédés principaux :

1° *Procédé de Kocher.*— Ce procédé est long, compliqué, et expose à d'assez fortes hémorragies. On trouvera sa description dans la thèse de Schliebs de Grechwald ;

2° *Procédé à trappe de Chalot.* — Classique en France, il est décrit par Lenormant, *Chirurgie de la tête et du cou ;*

3° *Procédé de Partsch.* — C'est peut-être le plus simple. Partsch incise en travers de la muqueuse du sillon gingivo-labial entre les deux deuxièmes molaires

et découvre le bord inférieur de l'orifice nasal : puis il tranche d'un seul coup les deux maxillaires jusqu'à leurs tubérosités, au moyen d'un large ciseau ; la section passe en-dessus de la muqueuse du plancher des fosses nasales et des sinus. Il suffit alors d'une poussée modérée pour abaisser toute la pièce palato-dentaire qui, une fois la tumeur enlevée, sera remise en place et simplement fixée par une suture de la plaie muqueuse.

La voie palatine ainsi comprise offre le plus grand avantage de ne point produire de déformations extérieures, de ne pas laisser de cicatrice apparente. On a dit cependant que si cette opération peut rendre des services dans le cas de tumeur de dimension médiocre, elle devient insuffisante lorsque le néoplasme est volumineux : la brèche ainsi créée ne donne pas assez de jour. Chez les sujets présentant une voûte palatine fortement ogivale, la résection peut ne pas avoir de résultat utile (Legouest, *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 11 janvier 1860).

3° *Voie nasale.*— L'idée d'atteindre les tumeurs de l'arrière cavité des fosses nasales par le nez est très ancienne. Hippocrate, Celse l'avaient déjà indiquée.

Dans un historique très complet, Christophle montre que cette méthode a été signalée depuis le moyen âge jusqu'à nos jours par tous les chirurgiens. La résection temporaire du nez peut se faire de bien des façons. Verneuil, Chalot pratiquent une section médiane, puis mobilisent et rejettent en dehors l'une ou les deux moitiés du nez. Chassaignac rabattait le

nez en masse sur la joue, mais il sacrifiait définitivement les os propres ; Bœckel a fait de son procédé une ostéotomie temporaire ; Lawrence relevait l'organe de bas en haut et la rabattait sur le front ; Ollier, enfin, faisait son ostéotomie de haut en bas ; c'est son procédé qui est le plus employé (Lenormant).

La voie nasale donne une plus large vue que la voie palatine, elle a l'avantage d'être la plus courte, la plus directe pour conduire dans le naso-pharynx, l'apophyse basilaire est exactement situé sur le prolongement de la cavité des fosses nasales et c'est précisément de la face inférieure de cette apophyse que naissent dans la majorité des cas les tumeurs du naso-pharynx. Elle a encore l'agrément de pouvoir se compléter par les résections définitives ou temporaires des os du nez. Mais quel que soit le procédé employé, elle laisse des déformations ou des cicatrices. Dans le procédé d'Ollier, par exemple, elle laisse une cicatrice très apparente et disgracieuse encadrant le nez et lui donnant l'apparence d'un appareil de pathère.

4° *Voie maxillaire.* — Cette voie ne date guère que de la première moitié du XIXe siècle.

I. — Wately signala en 1805 le bénéfice que l'on pourrait tirer de l'ablation du maxillaire supérieur pour atteindre le cavum : mais ce fut Syme qui, le premier, pratiqua la *résection totale* du maxillaire supérieur d'après le procédé de Gensoul pour extirper un polype naso-pharyngien.

A la même époque, Motte pratiqua une opération

analogue dans le même but. Quelques années plus tard, Flaubert fils pratiqua le premier cette méthode en France, depuis lors de nombreux chirurgiens ont employé la résection totale du maxillaire supérieur comme voie d'accès vers l'arrière cavité du nez. Michaux, Robert, Nélaton, Huguier, Maisonneuve, Verneuil ont pratiqué cette opération avec quelques variantes.

La résection totale du maxillaire supérieur offre l'avantage de créer une voie large, mais outre qu'elle expose beaucoup à l'hémorragie, on a reproché à cette opération de laisser après elle des infirmités plus ou moins considérables, une difformité plus ou moins marquée et persistante. De fait, le maxillaire supérieur une fois enlevé, on peut observer l'enfoncement de la joue, une paralysie plus ou moins complète de la face, la chute ou la déviation du globe oculaire, une fistule lacrymale, une large communication de la bouche et des fosses nasales. Nous devons également ajouter cependant que ces inconvénients ont été partiellement atténués par la prothèse.

II. — On a cherché à atteindre la tumeur naso-pharyngienne par des *résections partielles*, c'est Michaux de Louvain qui, le premier, en proposa le principe, mais il ne pratiqua pas l'opération, son malade s'y étant refusé ; depuis lors plusieurs chirurgiens, en particulier Bérard, Huguier, Maisonneuve, Demarquay, Guérin, Vallet, Péan, Trélat eurent recours à ce genre d'opération.

Les opérations qu'ils pratiquèrent peuvent se résumer en deux types, suivant qu'ils s'attaquèrent à la partie supérieure du maxillaire, extirpation de la partie sous orbitaire ou à la partie inférieure, ablation du plateau inférieur palato-dentaire. Il ne semble pas que ces résections partielles aient réalisé un sérieux progrès sur la résection totale.

III. — Pour obvier aux inconvénients qui résultent de ces résections définitives, les chirurgiens pratiquèrent des opérations consécutives consistant, les unes en une résection temporaire du maxillaire supérieur, les autres en une résection sous-périostée.

L'idée de la résection du maxillaire supérieur appartient à Hugnier qui, en 1860, pratiqua une résection temporaire partielle « plateau palato-dentaire du maxillaire supérieur ».

Depuis lors, Dézanneau, Langenbeck, Dolbeau, Bœckel pratiquèrent à sa suite des résections temporaires.

On alla plus loin, Sédillot en 1865 eut l'occasion de pratiquer une résection temporaire totale suivant un procédé décrit par Roux de Toulon quelques années plus tôt, enfin Ollier en 1863 érigea en méthode la résection sous-périostée du maxillaire supérieur.

« Toutes ces résections temporaires seraient excellentes si le maxillaire supérieur conservait sa vitalité, mais d'après les auteurs presque touiours il se nécrose, entraînant à sa suite des fistules intarissables et des désordres graves. Le malade ne pourrait se servir de sa mâchoire et se trouverait ainsi dans de moins

bonnes conditions que ceux qui ont un appareil prothétique. Enfin on observerait également comme dans les résections définitives des cicatrices marquées et apparentes. Il semble donc que la résection temporaire n'ait pas constitué un procédé supérieur aux résections définitives ; l'opération serait même plus longue et plus difficile que pour ses dernières, la présence de l'os luxé gênant les manœuvres opératoires.

Enfin la méthode des résections sous-périostées ne donnerait pas des résultats bien brillants : le décollement du périoste complique l'opération et n'assure pas souvent une régénération osseuse complète.

En résumé, la résection du maxillaire supérieur comme opération préliminaire doit être réservée aux cas dans lesquels on a affaire à une tumeur énorme ayant poussé des prolongements dans toutes les directions, et où cette résection devient une nécessité opératoire. Berger, Kirmisson, Quénu ont obtenu par cette méthode de beaux résultats dans ces conditions.

5° *Voie naso-maxillaire.* — Cette méthode imaginée par Jean-Louis Faure est une combinaison des voies nasales et maxillaires. C'est un procédé nasal parce qu'il s'adresse à l'ouverture antérieure des fosses nasales et qu'il utilise leurs cavités, c'est un procédé maxillaire parce qu'il nécessite la résection d'un fragment du maxillaire supérieur et utilise la cavité de son sinus.

Ce procédé peut-être décrit en cinq temps.

Le malade est mis dans la position de Rose.

Premier temps. — *Incision cutanée.* — Les parties molles sont incisées du premier coup à fond jusqu'à l'os. On fait d'abord une incision transversale de 2 à 3 centimètres sur le bord inférieur de l'orbite, puis de l'extrémité interne de cette incision, sous l'angle de l'œil où fut portée une deuxième incision verticale suivant le sillon naso-génien jusqu'à l'insertion de la narine correspondante, qui se trouve de ce fait complètement détachée. Cette incision verticale peut quelquefois suffire, l'incision sous-orbitaire étant inutile ou réduite à 1 centimètre à peu près.

Deuxième temps. — *Décollement du lambeau cutané.* — On déssèque avec soin, en dehors, le lambeau cutané, mettant ainsi à nu le rebord osseux de l'orifice antérieur des fosses nasales et la face antérieure du maxillaire supérieur sur une faible étendue.

Troisième temps. — *Section osseuse.* — A l'aide d'une pince-emporte pièce, on agrandit d'un centimètre environ en dehors et en haut l'orifice antérieur de la fosse; cette échancrure ouvre le sinus maxillaire.

On procède ensuite à la suppression de la paroi interne du sinus et du cornet inférieur qu'on enlève très facilement à la pince emporte-pièce. La fosse nasale et le sinus ainsi réunis forment une cavité très large, très claire, dans laquelle les instruments évoluent facilement. Si l'orifice postérieur ne donne pas

assez de jour pour explorer la région naso-pharyngienne, on enlève avec la pince-gouge une portion de la partie postérieur de la cloison des fosses nasales, et l'on a ainsi la place suffisante pour les manœuvres nécessaires à l'albation de la tumeur.

QUATRIÈME TEMPS. — *Ablation de la tumeur.* — Par des manœuvres combinées buccales et nasales, il est facile d'extirper la tumeur du naso-pharynx à l'aide d'instruments quelconque rugine ; thermocautère, et en particulier d'une large curette de Wolhmann, très tranchante, qui permet d'évider complètement la région. L'hémorragie est arrêtée par un tamponnement naso-phapyngien énergique, avec de la gaze stérilisée qu'on peut faire sortir par l'ouverture antérieure de la fosse nasale.

CINQUIÈME TEMPS. — *Suture.* — La plaie cutanée est suturée par des points séparés. Enfin, la narine est reconstituée par quelques points de suture l'affrontement, est fait avec soin, la réunion s'obstient très rapidemen et le résultat est parfait.

Postérieurement à la publication de la thèse de Christophle, Duverger a décrit, dans sa thèse une opération, dite opération de Moure, et utilisant la voie trans-maxillo-nasale comme voie d'accès du carvum. Cette opération ne diffère du procédé de Jean-Louis Faure que par l'étendue des résections osseuses. Après avoir récliné avec soin le canal nasal membraneux afin de ne pas avoir de fistule externe, Moure pratique trois sections osseuses.

Première section osseuse. — Section verticale à la

gouge au point où l'épophyse orbitaire du molaire vient s'unir à l'apophyse molaire du maxillaire supérieur ; cette section est perpendiculaire au grand axe de l'orbite et se prolonge en passant par la fosse canine jusqu'au rebord alvéolaire.

On pénètre ainsi complètement dans le sinus maxillaire.

Deuxième section osseuse. — Section horizontale dans le sens antéro-postérieur.

A l'aide de la cisaille, dont l'un des mors passé dans le sinus, l'autre dans les fosses nasales, on détache la paroi externe des fosses nasales ou parois inter-sinusiennes de son insertion sur le plancher, et du même coup on enlève le cornet inférieur qui s'y trouve inséré.

Troisième section osseuse. — Résection de l'os propre du nez et de l'os unguis.

Si dans certains cas il est utile d'avoir une aussi large brèche osseuse, nous croyons que dans la plupart des faits la résection de Faure est largement suffisante, et que recourir d'emblée au procédé de Moure est une complication inutile.

Le procédé par la voie naso-maxillaire tel que le décrit Faure, nous semble être l'opération préliminaire la plus restreinte, celle qui avec le minimum de sacrifices, le moindre danger d'hémorragie, donne le plus de jour.

« Ce procédé donne tous les avantages des voies palatine, nasale et maxillaire, sans exposer aux mêmes inconvénients. Cette méthode est d'une

grande simplicité, elle donne un jour très large sur le naso-pharynx, elle n'offre pas de difficultés opératoires, elle n'exige pas d'instrumentation compliquée, on agit par un trajet direct pour enlever la tumeur que l'on va chercher à son point d'implantation. Ajoutons enfin que l'hémorragie si grave dans les opérations portant sur l'extrémité céphalique est insignifiante ou en tout cas facile à arrêter par le tamponnement.

De plus, les suites opératoires sont des meilleures. Ce procédé ne laisse derrière lui ni de grands désordres cicatriciels, ni d'autres troubles fonctionnels. Il n'y a pas à redouter ici les cicatrices si marquées, affaissement de la zone comme dans les résections maxillaires, ni les troubles de la phonation et de la déglutition, comme dans la voie palatine, ni enfin les inconvénients relatés à propos des procédés nasaux.

A point de vue esthétique, l'opération ne laisse comme trace qu'une cicatrice linéaire à peine perceptible s'effaçant avec le temps (Christophle).

En effet, il faut avouer que quelle que soit la méthode opératoire employée, les résultats seront toujours décevants, car les malades souffrant peu au début ne viennent trouver le chirurgien que lorsque la tumeur a pris un énorme développement. Pourtant, même dans ces cas, l'opération est le plus souvent indiquée, car elle peut amener une certaine survie ou du moins rendre possible une vie qui devenait insupportable.

La récidive est tellement la règle, même dans les cas qui semblent les meilleurs, que nous conseillerons de faire toujours suivre l'acte opératoire de séances systématiques de radium thérapie. Peut-être ainsi pourra-t-on obtenir des résultats moins décevants.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Nous avons réuni 78 observations de sarcomes, 50 avaient déjà été publiées dans les thèses de MM. Monbouyran, Mathieu, Laval et Duverger ; nous en donnons ici un simple tableau synoptique. Vingt-sept ont été recueillies par nous dans différentes publications médicales ; 12 d'entre elles sont empruntées au très important travail que M. Compaired de Madrid a fait paraître en 1905 dans *les Archives internationales d'Oto-Rhino-Laryngologie*. Une de ces observations est inédite, nous la devons à la bienveillance de M. le D[r] Hautant, assistant de laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine. Nous ne saurions trop le remercier.

OBSERVATION I

Cas de végétations adénoïdes avec implantation post opératoire d'un myxo-sarcome végétant, par Caldeira Cabral (de Lisbonne).

Jeune mulâtresse de dix ans, chez laquelle le toucher révèle des masses végétantes, molles, saignant un peu après

l'exploration. Diminution de l'audition. Bon état général, pas de dysphagie. Le facies était typique. Hypertrophie amygdalienne. Intervention par le Dr Avelino Monteiro, amygdalotomie par le Fahnestock, ablation des végétations. Attouchements du cavum avec chlorure de zinc au 1/20. Hémorragie ordinaire. Désobstruction totale.

L'audition ne s'améliore pas.

Deux mois après (au mois de janvier 1906), l'enfant présente des phénomènes antérieurs compliqués cette fois de trismus et de dysphagie. On trouve derrière le voile des masses mamelonnées, végétantes, de couleur grise, de consistance molle en certains points, élastique en d'autres. État général mauvais.

Second curettage : hémorragie abondante. Cautérisation

Examen histologique.—Myxo-sarcome. Récidive complète en six jours. La malade est *cachectique.*

L'auteur juge donc inutile toute intervention.

OBSERVATION II

Polype naso-pharyngien fibro-sarco-enchondromateux,
par Becco de Liége

Jeune homme de quinze ans. L'analyse histologique démontre la nature fibro-sarco-enchondromateuse de la tumeur. Après des tentatives d'arrachement rendues vaines par la résistance du tissu et la largeur exceptionnelle de la base d'implantation, on fait une série de séances d'électrolyse qui amenèrent en certains points une régression de la tumeur. De nouvelles tentatives d'extirpation par les voies

naturelles échouèrent, et malgré la reprise des séances d'électrolyse la tumeur envahit la fosse nasale et l'orbite.

Ce malade est alors confié au Dr Lenger de Liége qui après incision faciale et enlèvement successif des divers prolongements s'étendant à la fosse nasale, à la fosse temporale, à la fosse ptérigo-maxillaire, chercha à aborder la tumeur par la voie sinuso-nasale ; celle-ci ayant paru trop étroite, l'opérateur fit la résection totale du maxillaire ; la désinsertion du néoplasme fut encore des plus laborieuses, sa base d'implantation occupant presque toute la face postérieure et la face latérale du cavum. Le malade quelques heures après meurt dans le collapsus.

OBSERVATION III

Sarcome du naso-pharynx,

par John F. Rhodes, de Chicago.

Mme B. G..., vingt-deux ans, examinée le 19 janvier 1906. Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance, et depuis trois ans était sujette à des bronchites et à des amygdalites. La malade déclare que cinq ans auparavant on lui avait enlevé une tumeur qui avait commencé à se développer sept ans avant l'ablation.

L'opération fit disparaître tous les symptômes liés à l'existence de la tumeur et elle n'eut aucun trouble jusqu'à il y a environ sept mois, l'époque de son mariage.

Les symptômes du début furent ceux d'un rhume de cerveau, et on la traita dès l'apparition de l'affection.

Peu après, la malade présenta une affection qu'on diagnostiqua coqueluche et la tumeur du pharynx qui jusque-là avait augmenté lentement de volume, commença à croître plus rapidement jusqu'à la fin de novembre 1905, époque à partir de laquelle elle sembla rester stationnaire.

A l'examen, la malade présente une perte marquée et progressive de l'ouïe, de fortes douleurs intermittentes siégeant à la partie postérieure du cou et s'irradiant au vertex, un écoulement profus par les narines, de la sécheresse de la gorge due à la respiration buccale forcée, conséquence de l'obstruction totale des fosses nasales par la tumeur. Le poids était tombé de 125 livres à 92, pas de troubles digestifs ; mais la malade était pâle et affaiblie, et très nerveuse.

Pouls à 128, faible et régulier.

On trouve les fosses nasales libres, mais les choanes complètement obturées et les cavités pleines de mucus. Les amygdales, la luette, le palais, la langue sont normaux. Sur la paroi du pharynx, on voit une tumeur descendant au niveau du vestibule du larynx et montant en pente graduelle en haut et en avant derrière le voile du palais qu'elle repoussait contre les molaires du maxillaire supérieur. La palpation montrait que cette tumeur était fixée à sa partie postérieure seulement et s'implantait par une large base sur les parois du naso-pharynx et du pharynx. Elle était résistante, mais non dure, quelque peu lobulée, de couleur blanc rosée et en relevant le voile on voyait que sa surface était parsemée de taches rouge vif. Elle ne saigne pas facilement et ne présente pas de points ulcérés.

On fait le diagnostic de sarcome ; et un fragment examiné au microscope permet de reconnaître que l'on a affaire à un

sarcome à cellules fusiformes, riche en cellules avec beaucoup de corpuscules lymphoïdes.

Après avoir considéré tous les points de ce cas et surtout la certitude d'une rapide récidive, l'auteur refusa d'opérer et se décida à faire des injections d'adrénaline dans la substance de la tumeur avec la solution suivante :

Chlorhydrate d'adrénaline.....	0 gr. 12
Acide borique.................	0 gr. 60
Chlorétone....................	0 gr. 025
Eau distillée.................	15 gr.

Dix divisions de la seringue = 4 milligrammes de chlorhydrate d'adrénaline.

La première injection eut lieu le 25 janvier et fut de cinq divisions, les autres furent de dix divisions. L'auteur en fit sept en tout.

A partir de la deuxième injection, la tumeur diminua visiblement. L'ouïe est rétabli presque complètement grâce à la disparition de la compression des trompes et la douleur est beaucoup moindre. Ces deux dernières injections déterminèrent des nausées presque immédiates et des vomissements.

La malade était fort affaiblie. La malade quitte la clinique et rentre chez elle. Le Dr Turnill continue le traitement et fait des injections de 2 milligr. 1/2 ; une fois seulement il emploie 5 milligrammes et fait seulement sept injections.

L'amélioration était sensible au bout de dix jours, la malade pouvait se moucher du côté gauche et respirer par le nez par intervalles.

Mais la faiblesse augmente, une tuméfaction du pharynx

est améliorée par un spray à l'adrénaline. Une crise de diarrhée affaiblit encore la malade.

On interrompt le traitement. L'épuisement persiste malgré tout et la malade meurt le 15 mars 1906.

OBSERVATION IV

Sarcome à cellules rondes du naso-pharynx,
par Fitzgerald Powell

Il s'agit d'un malade de trente-huit ans, examiné pour la première fois au mois de décembre 1906. Il se plaignait d'obstruction nasale et d'épistaxis. A l'examen on trouve une masse rougeâtre s'étendant de la choane droite et de la base du sphénoïde, le long du côté droit du cavum jusqu'au niveau de l'amygdale, recouvrant la choane droite et le pavillon de la trompe droite ; infiltrant les tissus mous du naso-pharynx et repoussant le voile du palais. La mâchoire était immobile ; il existait de nombreux polypes des fosses nasales. Une portion de la tumeur fut enlevée et on fit le diagnostic histologique de sarcome à cellules rondes.

Le malade désirant être opéré, l'auteur après l'anesthésie pratiqua la ligature de la carotide primitive puis la trachéotomie. Le pharynx fut tamponné avec des éponges, puis le voile du palais incisé sur la ligne médiane. Une portion du palais fut enlevée au ciseau et au maillet. On enleva toutes les portions de la tumeur qui fut disséquée et que l'on put découvrir en réséquant une portion de la cloison. Le malade s'est remis de l'opération et on a dû faire seulement deux fois des curettages pour enlever quelques bourgeons d'aspect douteux.

OBSERVATION V

Tumeur maligne de la cloison et du naso-pharynx enlevée par une opération externe ostéoplastique, par P. Watson Williams.

La malade, âgée de vingt-cinq ans, se plaignait d'obstruction nasale avec épistaxis répétées et abondantes. On apercevait par la rhinoscopie antérieure un néoplasme du volume de l'extrémité de l'index, saillant sous la cloison nasale, à environ un pouce en arrière du vestibule et obstruant le conduit nasal.

En arrière, cette tumeur se continuait jusqu'aux choanes et faisait saillie dans le naso-pharynx. Un fragment fut enlevé et le diagnostic histologique fut sarcome globo-cellulaire.

La malade fut opérée le 12 décembre 1907. L'auteur pratiqua une première incision jusqu'à l'os qui partait de la racine du nez à gauche de la ligne médiane jusqu'au bord inférieur de l'os propre du nez : une seconde incision recourbée en bas commençait en dedans à l'extrémité inférieure de la première et contournait le canal nasal jusqu'au rebord orbitaire inférieur. L'os propre fut séparé du frontal au moyen du ciseau et l'apophyse nasale du maxillaire supérieur fut enlevée à la scie. Le volet fut rabattu en bas. Le naso-pharynx fut tamponné.

La cloison nasale fut complètement enlevée à l'exception de la partie antérieure du cartilage ; les cellules ethmoïdales le cornet moyen et le toit du naso-pharynx furent curettés.

Le volet ostéoplastique fut ensuite remis en position et suturé. Le malade a guéri sans aucune déformation, il n'y a pas eu de récidive (12 juin 1908).

OBSERVATION VI

Tumeur maligne du naso-pharynx, par W. Stuart-Low

Il s'agit d'un malade de trente-huit ans qui présentait une tumeur molle, rouge, saignante, remplissant le naso-pharynx avec tuméfaction des ganglions au niveau de l'angle du maxillaire. Ceux-ci furent enlevés après anesthésie locale : il en fut de même de la laryngotomie.

Puis le pharynx fut fermé en bas au moyen d'une éponge, et la masse du naso-pharynx fut curettée.

Le malade ne pouvait être chloroformé à cause du mauvais état de son cœur.

Le diagnostic histologique était sarcome endothélial.

OBSERVATION VII

Néoplasme du cavum naso-pharyngé et de la fosse droite de Rosenmüller. — Extirpation par les voies naturelles. — Guérison par R. Botey (*Archivios de Rinologie*, août 1909).

Homme de trente-huit ans qui, depuis quatre mois, a de fréquentes hémorragies. Le sang sort par le nez si la tête est inclinée en avant et par la bouche si elle est renversée en arrière. Surdité légère du côté droit et sensation vague de gène du côté du voile du palais.

Examen. — Par rhinoscopie postérieure on aperçoit une tumeur mamelonnée qui occupe tout le côté droit du cavum arrivant par devant jusqu'au bord postérieur du pavillon de la trompe et en arrière jusqu'à l'entrée de la choane qui reste libre. On fait le diagnostic de néoplasie maligne et on conseille une intervention radicale.

On enlève un fragment de néoplasie avec la pince de Lœwenberg, et on extirpe très laborieusement le reste avec les curettes de Lubet-Barbon, guidées par un grand miroir. L'opération dure environ une heure à cause de l'hémorragie qui masquait le champ et maculait le miroir. On termine par une cautérisation énergique en galvanocautère. On découvre l'apophyse basilaire, une partie du sinus splénoïdal et la face interne de la racine de l'apophyse ptérygoïde.

L'analyse microscopique montre qu'il s'agissait d'un fibro-myxo-sarcome télangiectasique. Lors des pansements on renouvelle les grattages et les cautérisations des parties suspectes ; on fait en outre quelques applications de radium, et on laisse la cicatrisation s'effectuer.

Il n'y a pas de récidive depuis neuf mois.

La marche des tumeurs malignes du naso-pharynx est d'un pronostic sombre, car il est très difficile de faire une extirpation radicale de la néoplasie, et bien que la tumeur à laquelle se rapporte cette observation soit de peu de malignité et le temps relativement trop court pour pouvoir la donner comme définitivement guérie : il en est néanmoins résulté un succès, dû sans aucun doute comme le dit l'auteur à la précocité de l'intervention.

OBSERVATION VIII

Lympho-sarcome primitif du naso-pharynx, par L. Clerc.

Ce malade présentait une tumeur qui avait envahi tout le naso-pharynx; s'était fait jour le long de la trompe et faisait saillie par le conduit auditif externe de droite.

L'intervention chirurgicale associée à un traitement symptomatique convenable ne procura qu'un soulagement passager. La radiothérapie eut au début une influence favorable sur le volume des métastases corticales en y produisant des phénomènes sensibles de régression, mais si elle ne put triompher de l'augmentation rapide du néoplasme, elle put toutefois soulager les souffrances subjectives du malade.

OBSERVATION IX

Fibro-sarcome de pharynx nasal et de fosse nasale, par Laranaga de Malaga.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans présentant depuis quelques mois une obstruction nasale et une légère proéminence de la pommette ; les fosses nasales et le pharynx nasal étaient occupés par une tumeur rougeâtre qui saignait facilement. On fait une crico-trachéotomie préventive. Résection de l'os propre du nez, de l'apophyse ascendante, des cornets et des cellules ethmoïdales, on laisse à découvert la

tumeur qui adhérait à l'apophyse basilaire et avait des prolongements vers le labyrinthe ethmoïdal, vers le sinus maxillaire et l'os malaire. L'extirpation de la tumeur fut accompagné d'une forte hémorragie. On réséqua la paroi antéro-interne du sinus maxillaire et l'antérieure du sphénoïde. L'examen histologique indiqua qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Le malade sortit un mois après l'opération.

On a plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION X

Lympho-sarcomes multiples du phayrnx et du naso-pharynx, par Schmiegelow.

Il s'agit d'une femme de soixante-huit ans, qui présente une tuméfaction de tout l'anneau de Waldeyer ; il se trouve ainsi transformé en une chaîne de tumeurs plus ou moins volumineuses. On fait une tonsillotomie qui permet de faire un examen microscopique.

On reconnait qu'il s'agit de lymphosarcome

On emploie les injections de cacodylate de soude mais sans résultat. Le traitement par radiothérapie employé alors amène une disparition presque complèle des néoplasmes.

OBSERVATION XI

Transformation tardive d'un fibrome naso-pharyngien en sarcome télangiectasique avec métastase thyroïdienne, par Jaboulay de Lyon.

Il s'agit d'un malade dans les antécédents duquel on

retrouve des épistaxis spontanées abondantes et répétées qui entre dix-huit et vingt ans nécessitèrent plusieurs fois le tamponnement des fosses nasales, et qui trente ans plus tard présente des saignements de nez spontanés plus durables et plus abondants que jamais. Progressivement. à deux ou trois mois d'intervalle, les deux narines s'obstruent ; des douleurs vives lancinantes surviennent.

Puis contre la racine du nez une tuméfaction apparaît déjetant le nez latéralement ; chassant les yeux de l'orbite, produisant une perte complète de la vision d'un côté. Cette tuméfaction atteint le volume des deux poings. Des narines pendent en grelot deux bourgeons, rougeâtres, friables et saignants qui les obstruent. Le voile du palais bombe fortement du côté de la bouche. Le toucher naso-pharyngien permet de sentir des masses élastiques saignant facilement.

Tous ces signes sont ceux d'un fibrome naso-pharyngien. En même temps se développe dans le corps thyroïde une grosse tumeur du volume du poing qui provoque une dyspné violente par compression de la trachée.

Vu les antécédents naso-pharyngiens on admet une métastase thyroïdienne.

Ne pouvant agir sur le néoplasme du cavum l'auteur pratique une trachéotomie pour parer à une suffocation. Quelques jours plus tard le malade meurt.

A l'autopsie on peut constater que la tumeur présente l'implantation basilaire typique et les prolongements multiples des fibromes naso-pharyngiens.

L'examen histologique fit trouver dans les deux tumeurs les éléments d'un sarcome télangiectasique à petites cellules rondes sans trace d'éléments thyroïdiens.

OBSERVATION XII

Sarcome du naso-pharynx, par Logan Turner.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, dont le début de l'affection paraissait remonter à deux ans. Cliniquement cette tumeur se présentait comme une affection simple, trouble de l'ouïe, phénomène d'obstruction nasale... A l'examen on découvrit une tumeur lobulée, encapsulée, insérée à la paroi postérieure du naso-pharynx.

Histologiquement, on reconnut qu'il s'agissait d'un sarcome. La tumeur fut enlevé il y a un an et n'a pas récidivée.

OBSERVATION XIII

Lympho-sarcome du pharynx et du naso-pharynx succédant à l'ablation de végétations adénoïdes, par Otto T. Freer.

Début de la maladie en décembre 1904. Signes d'obstruction nasale. Surdité progressive. Se présente à l'hôpital pour la première fois le 5 septembre 1905. Par la rhinoscopie on découvre une tumeur rose, à surface lisse, insérée sur la voûte du pharynx. On opère par la voie trans-nasale.

L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'une hypertrophie fibreuse de l'amygdale pharyngée.

Le malade n'est revu que le 1er septembre, il raconte alors que tout alla bien pendant deux mois, puis les symptômes d'obstruction nasale réapparurent.

Depuis l'opération le malade avait un épistaxis environ tous les quinze jours.

Dans les quelques mois qui précédèrent la seconde visite le malade perdit ses forces rapidement, et présentait de la céphalée matinale accompagnée de vomissements et perdit de son poids.

En juillet il commença à remarquer de la difficulté pour ouvrir les mâchoires et déglutir, symptômes qui vont en augmentant. Le patient est examiné le 1er octobre. Le palais mou est abaissé, la paroi postérieure du pharynx montre une voussure à connexité antérieure, qui atteint presque le voile du palais rendant impossible la rhinoscopie postérieure. A l'aide d'un releveur du voile on aperçoit une partie d'une tumeur nodulaire rose tendre, située à droite de la ligne médiane et s'étendant hors de vue vers le naso-pharynx. La mâchoire ne peut être ouverte qu'à moitié. Les mouvements latéraux des mâchoires sont presque nuls. La rotation de la tête dans l'articulation atlo-axoïdienne n'est possible qu'a un faible degré.

Pour palper le naso-pharynx il fallut écarter les mâchoires avec un ouvre-bouche ; le doigt sent dans le naso-pharynx une tumeur molle remplissant le cavum et occupant la place habituelle des adénoïdes. La palpation de la paroi pharyngée postérieure montre son refoulement antérieur par une masse molle, élastique, saignant facilement au toucher. La tumeur peut être vue indistinctement à travers les fosses nasales dans lesquelles elle ne pénètre pas, le pouls est rapide, 120-130, fréquence qu'il a constamment gardé le mois passé. Température varie entre 100 degrés Farenheit et la normale.

Poumons et cœur en bon état ; mais il y a de la tachycardie persistante.

Il y a à droite un ganglion du volume d'une amande a l'angle de la mâchoire. Les régions rétro-maxillaires sont en partie comblées par un œdème indistinct. Vision normale.

Déglutition difficile, voix nasonnée.

Examen des oreilles. — Enfoncement de la membrane du tympan à droite ; à gauche membrane détruite, au-dessous marteau partiellement détruit et granuleux. Otorrhée.

Un nouvel examen pratiqué le 9 octobre montre que les mouvements latéraux de la mâchoire inférieure sont redevenus libres.

Le 7 septembre on avait commencé des injections d'adrénaline au 1/1000 (selon la méthode de Rhodes) trois fois par semaine pendant quinze jours, au niveau de la tumeur dans sa portion visible par la narine droite et par le soulèvement du palais mou. La quantité injectée chaque fois était de dix à quinze gouttes. On les supprima temporairement à cause de la faiblesse générale et des vertiges.

Il se pourrait que si la tumeur n'a pas grossi pendant le mois dernier et que les mouvements latéraux de la mâchoire soient revenus, cela soit l'effet de l'adrénaline.

L'examen histologique de cette récidive démontra qu'il s'agissait d'un lympho-sacrome à grandes cellules.

Au lieu de se développer surtout en surface comme d'habitude les sarcomes de ce type, il s'était infiltré au-dessous du tissu lymphoïde dans la sous-muqueuse et les tissus musculaires de la paroi pharyngée postérieure et latérale. L'impossibilité de tourner, d'ouvrir les mâchoires et le comblement

du creux situé derrière la branche montante plus qu'à moitié montre à quelle profondeur cette région est infiltrée.

La rotation limitée de la tête montre que la tumeur pénétrait jusqu'à la colonne vertébrale et entravait les mouvements de l'articulation atlo-axoïdienne.

On ne trouve pas d'explication de la tachycardie,peut-être est-elle due à la compression du ganglion sympathique cervical.

La nature diffuse et profonde de la tumeur la rend évidemment inopérable,c'est pourquoi il semble à propos de recommencer les injections d'adrénaline, ou d'adopter quelques autre traitement palliatif.

OBSERVATION XIV

Sarcome du naso-pharynx propagé à l'orbite
Exophtalmie droite, par Georges Gelle de Paris

Il s'agit d'un malade de quarante-huit ans, homme d'apparence robuste, qui se présente à la consultation le 3 mars 1905. Il y a six mois le malade s'est aperçu que son œil droit grossissait et depuis trois semaines cette exophtalmie aurait beaucoup augmenté pour atteindre le degré actuel. Notons que le malade déclare que son œil grossit et diminue par périodes. Aucune douleur locale, pas de céphalée. Rien, sauf une gêne de la respiration par la narine droite : il y a huit jours épistaxis. Les mouvements de l'œil sont assez considérables en dedans et en dehors, mais très faibles en haut et en bas. Il peut encore fermer l'œil droit ; les paupières sont suffisantes pour recouvrir le globe. Cornée intacte.

A la palpation de l'orbite on trouve surtout en haut et en

dedans une masse dure, bien limitée, et en haut et ne dehors une masse plus volumineuse, mais moins dure et moins bien limitée. En bas on arrive aussi à sentir la masse néoplasique. L'œil est dur.

Vision de l'œil droit = 1/6.

Vision de l'œil gauche = 1.

Stase papillaire de l'œil droit.

Le toucher rino-pharyngien facile permet de constater que toute la partie droite du cavum depuis la voûte jusqu'à l'insertion du voile est occupée par une masse dure et rénitente qui repousse la muqueuse ; en haut et en avant il semble qu'il y ait une autre masse, celle-ci mollasse et saignant très facilement, obturant en partie la choane droite.

On constate en outre une masse ganglionnaire sous-maxillaire et parotidienne volumineuse.

La diagnostic de sarcome propagé à l'orbite paraît probable. En outre, étant donné les deux masses perçues au toucher rétro-pharyngien et leur différence de nature, nous penserions volontiers qu'il y a là une adénopathie pharyngienne secondaire soulevant la paroi pharyngée.

OBSERVATION XV (Inédite)

(*Due à l'obligeance du Dr Hautant*)

Malade âgé de trente-neuf ans, M. P. de C..., habitant Colombes, nous est adressé par notre confrère le Dr Mermier de Colombes parce qu'il présente de l'obstruction respiratoire et une gêne de la déglutition datant de deux mois environ.

Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé jusqu'ici.

Pas de syphilis ; malade bien constitué.

Actuellement, 1er juillet 1910, le malade accuse de l'obstruction des fosses nasales prédominant à droite. En pressant sur la narine droite, le malade respire facilement par la narine gauche ; tandis qu'en pressant sur la narine gauche on interrompt presque complètement la respiration nasale.

Il n'y a pas eu d'épistaxis, et on ne constate pas d'écoulement muco-purulent par le nez.

Le malade accuse en outre une gêne de la déglutition qui tient non pas à la douleur mais à un obstacle mécanique qui l'empêche d'avaler lorsque les aliments passent dans le pharynx. Parfois la déglutition s'accompagne d'une reflux de liquide par la fosse nasale gauche. La voix est nasonnée, à timbre très empâté. Pas de quintes de toux, pas de trouble de la voix.

Pas de céphalée ni de troubles occulaires.

Depuis trois semaines, le malade s'alimente très difficilement et cela surtout depuis huit jours ; il en est résulté une perte de poids évalué par le malade à 5 kilos depuis un mois.

Examen. — Pas de déformation extérieure nasale. En relevant la pointe du nez, on aperçoit aucune tumeur à l'entrée des narines.

Rhinoscopie antérieure :

Fosse nasale gauche normale.

Fosse nasale droite, après badigeonnage à la cocaïne et adrénaline qui rétracte le cornet inférieur, on aperçoit aucune tumeur ; il n'y a pas de pus, les méats inférieur et moyen sont libres. L'examen au stylet montre un obstacle à

l'orifice postérieur de la fosse nasale droite ; par conséquent la gêne respiratoire ne tient pas à un obstacle nasal, mais à une lésion du cavum qui ferme la choane droite mais n'a pas encore pénétré dans les fosses nasales.

En examinant la gorge du malade, on est frappé tout d'abord par le refoulement en avant de tout le palais mou, avec prédominance sur la partie droite, pas d'inflammation, pas d'infiltration, il y a refoulement mécanique par une cause siégeant en arrière de lui.

Rhinoscopie postérieure :

Elle montre que tout le cavum est rempli par une tumeur d'apparences phérique,rosée et dont la surface assez lisse est formée de gros mamelons.

Le toucher digital fait sentir que cette tuméfaction est assez molle et n'a pas la dureté d'un fibrome naso-pharyngien et qu'elle n'est pas saignante. En cherchant à la délimiter avec le doigt on s'aperçoit qu'elle ne tient pas à la partie droite du pharynx, ni au voile, ni aux choanes, mais que son pédicule est supérieur, inséré sur la route.

On ne trouve pas de ganglions en examinant les chaînes ganglionnaires carotidiennes et sous-maxillaires.

Les yeux ne présentent rien d'anormal, pas de paralysie, pas d'exophtalmie; le fond d'œil est normal (examen par M. le D[r] Coutela, chef de clinique de la faculté).

Diagnostic. — Il s'agit d'une tumeur du naso-pharynx implanté sur la voûte ; l'âge du malade et les caractères physiques du néoplasme font éliminer le polype naso-pharyngien. Le volume de la tumeur,sa consistance,l'absence d'ulcération d'adénopathie font penser qu'il s'agit d'une forme de sarcome.

Une opération ne saurait être curative, cependant une indication opératoire est donnée par la dysphagie progres sive dont se plaint le malade, actuellement il ne peut plus prendre que des liquides et semble destiné à mourri d'inanition.

L'opération est pratiquée le 20 juillet 1910 par M. Hautant avec l'aide du docteur Rendu.

Incision para-nasale partie de l'angle interne de l'œil, elle suit le sillon naso-génien et contourne l'aile du nez.

L'aile du nez est rejettée vers la ligne médiane. Résection d'une partie de la branche montante du maxillaire supérieur, résection du cornet inférieur.

On élargit l'orifice pyriforme des fosses nasales, en entr'ouvrant le sinus maxillaire, on a ainsi une large voie d'accès sur la choane et sur la partie supérieure du cavum.

Par la bouche maintenue ouverte avec un ouvre-bouche et une forte pince à cavum recourbée; on enlève une grosse partie de la tumeur; l'hémorragie est peu abondante pour une tumeur de cette région; on constate alors que l'insertion de la tumeur est large, étendue et se fait surtout au niveau de la moitié droite de la base du sphénoïde et sur la partie supérieure de la lame ptérygoïdienne.

Avec une rugine courbe cette région est attentivement curettée. Il y a des adhérences ou des insertions diffuses sur la partie supérieure de la face postérieure du pharynx, ce qui oblige à supprimer une partie de cette muqueuse, de même il y a envahissement de la gouttière latérale droite du pharynx. Il semble que la face postérieure du voile du palais soit également attaquée et une partie du palais mou est rėsé-

quée. Pas de prolongements dans le sinus sphénoïdal, ni dans le sinus maxillaire, ni dans la fosse ptérygo-maxillaire.

Tamponnement lâche à la gaze iodoformée, les mèches sortant par la narine droite Suture de l'incision para-nasale.

Examen macroscopique et microscopique de la tumeur. — Volume une mandarine, consistance mollasse ; pas de masse principale, tumeur diffuse, un fragment est prélevé pour l'examen histologique qui montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes.

Les suites opératoires furent très simples, pas d'hémorragie secondaire. Détamponnement au bout de vingt-quatre heures, pas de fièvre. Enlèvement des fils le huitième jour. Le malade respire facilement et déjà peut s'alimenter.

Il est revu au bout d'un mois ; la plaie laryngée est cicatrisée. On note une tendance à la formation d'un rétrécissement cicatriciel de l'isthme naso-pharyngé.

La respiration est cependant bonne et le malade s'alimente très facilement aussi, commence-t-il à augmenter de poids.

A la fin de septembre, très bon état général, le malade a repris ses occupations, pas de traces de récidives, le malade a engraissé de 5 kilos.

15 novembre. — Le malade présentait de la céphalée, de la gêne de la respiration.

L'examen rhinoscopique fait constater une tumeur du cavum insérée sur la face inférieure du sphénoïde et saignant au moindre contact. A côté sont des bourgeons diffus, il est impossible de songer à l'extirpation de ces bourgeons, étant donné leur diffusion.

On fait instiller matin et soir une solution composée de

dix gouttes de cocaïne au dixième avec cinq gouttes d'une solution d'adrénaline au millième.

La rétraction causée procure au malade un grand soulagement, la céphalée disparaît, la respiration est plus aisée. A la fin de décembre, l'obstruction nasale et les maux de tête sont réapparus, tout le naso-pharynx est envahi par des bourgeons cancéreux.

10 janvier. — Subitement le malade présente de l'aphasie; vingt-quatre heures après il tombe dans le coma et meurt au bout de quarante-huit heures. L'autopsie fut impossible, mais d'après l'historique, le malade a dû succomber à la pénétration d'un prolongement de la tumeur dans l'encéphale.

OBSERVATION XVI

Sarcome rétro-nasal par Compeired.

Malade âgée de trente-six ans, contracte la grippe le 28 avril 1889 : depuis lors elle fit les remarques suivantes : difficulté pour avaler, qui augmente de jour en jour, voix fortement nasillarde, la respiration par les fosses nasales est difficile surtout par la gauche; douleur dans les deux oreilles mais surtout à gauche, étourdissements, surdité.

Pas d'autres antécédents.

Dans la gorge on ne remarque que des symptômes d'angine dans la fosses nasales, une congestion de la muqueuse et obstruction de la portion choanale par une infiltration œdémateuse, les conduits auditifs externes présentent les caractères objectifs d'une otite infectieuse plus typique du côté gauche.

On ordonne des remèdes afin de combattre ce dont on croyait la malade atteinte ; soit d'une angine grippale prolongée et d'une otite double de même origine. Aucune amélioration ne survient mais au contraire la symptomatologie locale, nasale et nasopharyngienne va en augmentant.

La rhinoscopie postérieure est impossible.

On pratique le toucher : il permet de constater l'existence d'une tumeur diffuse, lisse et dure, qui remplit toute la cavité naso-pharyngienne. Il n'existe aucun point limité.

Comms il n'existait aucun antécédents syphilitique le diagnostic est sarcome rétro-nasal.

La tumeur suit une marche rapide et augmente tellement qu'elle n'est pas opérable.

La malade meurt un mois après.

OBSERVATION XVII

Sarcome naso-pharyngien latéral gauche

Manuel Diaz, dix-neuf ans, célibataire, employé de commerce, entre a la clinique le 2 juin 1897.

Tumeur sur le côté gauche du naso-pharynx, faisant proéminance sur le voile palatin, rendant difficile la respiration nasale correspondante. Indolente, parfaitement régulière, quelque peu indurée. Existe depuis trois mois selon ce qu'indique le malade qui l'attribue à de fréquentes angines-

Diagnostic. — Sarcome naso-pharyngien latéral gauche. Ayant dit au malade de revenir afin d'extirper un petit morceau pour le soumettre à l'examen histologique il ne revint plus à la clinique.

OBSERVATION XVIII (résumée)

Fibro-sarcome naso-pharyngien sinusal primitivement nasal

Don Thomas I, de Valence, trente-six ans, est vu pour la première fois le 3 octobre 1897. Aucun antécédent. Il se rappelle qu'à l'âge de vingt et un ans, il commença à sentir une obstruction daus le conduit nasal droit, motivée par un polype qui se reproduisait rapidement à la suite des différentes opérations qui furent pratiquées dans l'espace de trois mois. Après chaque opération il y eut d'abondantes hémorragies.

Quelque temps plus tard il ressentit une sensation de gêne dans la gorge, qui ne le faisait pas souffrir, mais qui rendait difficile la diglutition et la prononciation. En même temps que l'augmentation du volume de la tumeur, il constata un gonflement et une gêne dans la joue correspondante, ainsi que de la propulsion dans l'œil droit.

La fosse nasale droite était énormément dilatée par une tumeur rouge, mamelonnée, dure, qui l'emplissait complètement. La cavité naso-pharyngienne était également comblée par la tumeur qui repoussait tout le voile palatin et s'étendait dans tout le pharynx presque jusqu'à l'épiglotte.

Diagnostic. — Fibro-sarcome naso-pharyngien sinusal, primitivement nasal. Le malade refuse l'opération et s'en va On n'a plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION XIX (résumée)

Sarcome ulcéré

Amélie S..., âgée de vingt-cinq ans entre à la clinique le 19 juin 1898.

Sarcome ulcéré de la cavité naso-pharyngienne côté droit, envahissant jusqu'au replis glosso-épiglottique et le plancher de la bouche du côté correspondant. La tumeur existe depuis sept mois, cause ignorée ; aucune hémorragie. Engorgement ganglionaire sous-maxillaire et cervical du même côté. Aucun antécédent syphilitique ; impossibilité presque complète d'avaler. Grande démarcation. Inopérable. N'a plus revu la malade.

OBSERVATION XX (Résumée)

Sarcome globo-cellulaire

Carmen M..., dix-huit ans, se présente à la clinique le 28 février 1899, disant que depuis plus d'un mois la respiration nasale était impossible. Voix nasillarde, bruit dans les oreilles, il y a un peu de surdité à droite et de la difficulté pour avaler.

La maladie aurait débuté par une des nombreuses angines dont elle a coutume de souffrir.

A l'examen on aperçoit une grosse tumeur de la cavité naso-pharyngienne, qui commence à la portion inférieure du pilier postérieur droit, le remontant par derrière et le repous-

sant en avant ainsi que la moitié du pharynx et du voile correspondant, arrivant jusqu'à la ligne moyenne.

Au toucher on remarque une dureté égale sur toute la surface ; je diagnostiquai un sarcome.

23 mars. — Je remarquai quelques points de fusion disséminés, en même temps qu'il se présentait des douleurs irradiant jusqu'à l'œil et la joue correspondants, empêchant le sommeil, rendant l'alimentation difficile, ce qui amène le malade à me demander avec insistance d'être opéré.

Après avoir disséqué la muqueuse pharyngienne autant que je le puis, j'extirpe par gros morceaux autant de la tumeur qu'il est possible, racle énergiquement la caverne et cautérise au chlorure de zinc à 20 o/o.

Après cette intervention, l'état s'améliore notablement : douleurs moins fortes, respiration meilleure, alimentation plus facile.

Les jours suivants, cautérisation profonde au galvanocautère de tous les points d'implantation de la tumeur, jusqu'à ce que celle-ci semble entièrement guérie. Vers le milieu de juin, la malade sort avec recommandation de revenir au premier accident : on n'a plus eu de ses nouvelles.

L'examen histologique par le Dr Romero Otal a donné le résultat suivant : « Tissu homogène composé de cellules à noyau rond et grand, peu de substance intercellulaire, rares vaisseaux à l'état embryonnaire, limités par une enveloppe de même tissu, avec cellules fusiformes par suite de leur pression réciproque, donc : sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION XXI

Sarcome à cellules arrondies.

Nieves S..., seize ans, de Venezuela (Madrid), domestique, entre à la clinique le 21 avril 1899.

Elle raconte avoir, depuis plus d'un mois, un gonflement situé dans toute la partie haute de la gorge, qui la gêne pour respirer, mais non pour parler, ni pour avaler. Depuis trois jours seulement, elle a noté des phénomènes analogues à ceux de l'angine, douloureux pour parler et avaler ; ces troubles se limitent à la tumeur. Elle ouvre difficilement la bouche ; haleine fétide, voix nasillarde.

Malgré les antécédents donnés par la malade, et la tumeur existant dans la partie supérieure du pharynx oral, je pus apprécier à première vue une grosseur ayant l'aspect d'une amygdalite parenchymateuse phlegmoneuse postérieure de Brindel, ou phlegmon latéro-pharyngien. Après cocaïnisation, j'ouvris la tumeur, d'où il ne sortit que du sang, ce qui me montra mon erreur de diagnostic.

Les jours suivants, un examen plus attentif de la tumeur me permit de diagnostiquer un sarcome du naso-pharynx, compliqué d'angine. Je remets un morceau extirpé au D[r] Cajal, qui me répond dans ce sens : « Éléments embryonnaires arrondis avec grand noyau et peu de protoplasma, formant de grandes accumulations où l'on trouve des vaisseaux et quelques formations épithéliales plus ou moins lobulées : sarcome à cellules arrondies. » L'incision faite pour l'angine restait béante, et je décidai l'opération par les voies naturelles. Au moyen de pinces et des cuillères coupantes, j'extirpai tout ce que je pus de la néoplasie et du tissu sain : grande

amélioration. Pendant la cicatrisation les tissus suspects furent touchés au galvanocautère. Un mois après elle sortait guérie apparemment (je dis apparemment, car je ne me fie jamais à la guérison réelle des tumeurs pharyngiennes de ce genre). Je ne l'ai plus revue.

OBSERVATION XXII

Lympho-sarcome

Maria del Carmen N..., quarante et un ans, se présente le 29 mars 1899.

Tumeur s'étendant à tout le pharynx postérieur, région centrale, repoussant la luette en avant et laissant de côté la communication libre avec les fosses nasales postérieures. La maladie, de cause ignorée, remonte à trois mois.

Peu de gêne pour avaler ; respiration nasale difficile. Aucune espèce de douleur : tumeur légèrement ramollie, sans caractère de fluctuation. Une ponction suivie d'un ample débridement ne donne pas de pus : légère hémorragie. Pendant l'anesthésie locale je prélève un fragment pour l'examen.

La malade n'a pas d'antécédents syphilitiques. J'institue le traitement d'épreuve. Localement j'usai des antiseptiques et touchai la tumeur avec une solution d'iode-iodurée.

Je n'ai pas revu la malade. L'analyse histologique du Dr Roméro Otal assura qu'il s'agissait d'un lympho-sarcome.

OBSERVATION XXIII

Fibro-sarcome

Carlos L..., vingt ans, entre à la clinique le 1er mars 1900. Souffre depuis des années d'obstruction de la fosse nusale

gauche, mais sans aucune douleur. Il a été opéré d'un kyste (?) de la fosse nasale gauche avec une amélioration passagère (il ne spécifie pas) ; puis la gêne d'obstruction est revenue, arrivant maintenant jusqu'à la gorge, sans toutefois altérer la déglutition. Il n'a pas de rhinorragie. La rhinoscopie antérieure révèle une tumeur rouge, mamelonnée, dure, indolore, remplissant complètement la fosse nasale et en détruisant ou atrophiant toutes les parties constituantes par son évolution ascendante. Il n'y a pas de pus.

Par la rhinoscopie postérieure on voit que la tumeur paraît implantée par une base étroite dans la choane et la partie supérieure du pavillon tubaire. Cependant elle emplit la cavité naso-pharyngienne ; mêmes caractères que la tumeur intra-nasale qui semble en être le prolongement.

L'examen par transparence montre l'opacité du sinus maxillaire gauche. Les antécédents, l'âge du malade, les caractères objectifs et subjetifs font diagnostiquer un fibrome avec prolongement intra-nasal.

Un morceau prélevé dans la fosse nasale, au moyen de l'anse galvanique, est examiné par le laboratoire histologique ; d'après l'examen, il s'agissait d'un fibro-sarcome à cellules arrondies.

Je fis l'opération, le 8 mars, à l'aide d'une incision suivant le sillon naso-génien comme pour la résection du maxillaire supérieur (Procédé Demarquay). Je levai complètement l'aile du nez et fis un lambeau ostéo-périostique comprenant l'os propre du nez et la portion ascendante du maxillaire ; de cette façon, j'obtins un ample espace pour attaquer la tumeur jusque dans la cavité naso-pharyngienne. Utilisant anse froide, pinces coupantes et ciseaux, j'extirpai non seulement

la tumeur, mais encore les restes du cornet et de la portion ethmoïdale envahie par le néoplasme. J'emplis de gaze la grande cavité ainsi formée après m'être assuré qu'il n'y avait pas d'hémorragie. Celle-ci, très abondante durant l'opération, avait été arrêtée par d'énergiques applications du thermo cantère.

Le malade sort guéri le 20 avril. J'ai appris dernièrement (1905) que sa guérison persiste.

OBSERVATION XXIV

Sarcome fuso-cellulaire

Josefa S..., trente-huit ans, mariée, entre à la clinique le 7 avril 1900.

Il y a trois mois, elle ressentit une gêne au côté gauche de la gorge, et des difficultés de la respiration nasale même côté.

Pas de douleurs, déglutition facile, bruits et légère surdité de l'oreille gauche.

Tumeur dure, uniforme, indolente ; sur toute la région latérale gauche de la cavité naso-pharyngienne, englobant le choane et le pavillon tubaire, repoussant le voile du palais en avant et allant jusqu'à envahir un peu les gencives. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le traitement spécifique fait à titre d'essai est inutile. Je diagnostique un sarcome diffus. L'opération est faite par la voie externe.

La tumeur réapparaît un mois après, et la mort s'ensuit vingt et un jours plus tard. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION XXV

Adéno-sarcome

Estefania Gimenez, trente-trois ans, entre à la clinique le 14 avril 1900.

Gêne de la respirationde la fosse nasale gauche,de laquelle sort un liquide d'abord jaune, maintenant muco-purulent.

On observe,à l'aide de la rhinoscopie antérieure, une obstruction complète de la fosse nasale par une tumeur englobant le cornet inférieur d'où s'écoule par le méat moyen du pus crémeux et fétide.

La rhinoscopie postérieure et le toucher montrent que la tumeur descend un peu pédiculée, de la choane dans la cavité naso-pharyngienne, sans paraître l'envahir. Indices de propagation de la néoplasie au sinus maxillaire, complètement opaque.

L'examen histologique du Dr Cajal confirme le diagnostic adéno-sarcome.

2 mai. — Opération, pénétration dans le sinus maxillaire envahi. Extirpation de toute la tumeur avec le cornet. et ablation de toute la région ethmoïdale antérieure et moyenne. La cavité est remplie ensuite de gaze.

10 mai. — La malade part, considérée comme guérie.

Elle revient le 20, se plaignant de gêne du côté gauche de la gorge. On constate une ulcération à fond induré, mamelonné, dur, indolent, sécrétion épaisse et peu abondante ; elle est située derrière le pilier postérieur, remontant par le pavillon tubaire jusqu'à la partie choanale du méat inférieur ; j'ordonne des irrigations antiseptiques et des attouchements

avec la teinture de thuya occidental. Je dis à la malade de revenir : nous ne la revîmes plus.

OBSERVATION XXVI

Sarcome

Julien C... cinquante-cinq ans.

9 octobre 1901. — Tumeur obstruant complètement la fosse nasale droite et un peu la gauche, repoussant la luette et le voile palatin, remplissant la cavité naso-pharyngienne et pendant dans le pharynx oral. Le malade dit avoir eu de fréquents catarrhes du nez et, depuis le dernier, il y a sept mois, il ne pouvait plus respirer par les narines. Pas d'hémorragies, ni de douleurs ; quelque difficulté à avaler. Teint très mauvais. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas d'antécédents syphilitiqnes. En général, dans cette classe de malade, voix nasillarde.

Je qualifiai cette néoplasie de sarcome naso-pharyngien inopérable. Je ne revis plus le malade.

OBSERVATION XXVII

Sarcome fuso-cellulaire

Louis Luito, vingt-trois ans. Vu le 21 février 1902. Deux mois auparavant, il ressentit, des deux côtés de la gorge, derrière et sur les amygdales palatines et en pleins piliers postérieurs, un léger gonflement descendant de la cavité naso-pharyngienne, gênant la respiration nasale et la déglutition. Pas de rhinorragie, aucune douleur ; ni otalgie, ni otorrhée, voix gutturale, difficulté pour parler et avaler (surtout les

liquides). Le gonflement a progressé lentement ; il est indolore, lisse et pas très dur.

Le malade n'accuse aucun antécédent syphilitique ; cependant, je considère cette double tumeur comme un accident tertiaire, et ordonne un traitement énergique. Après vingt jours, aggravation, et accidents de mercurialisme et d'iodisme. Je fais cesser le traitement et faire l'examen histologique : il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire, La néoplasie s'accroît si rapidement que je déclare le malade inopérable.

OBSERVATION XXVIII

Sarcome de la région hypophysaire et de la base du crâne avec prolongement pharyngien, par Gellé et Coutela.

Il s'agit d'une malade de vingt-deux ans, entrée à l'hôpital pour chorio-rétimite pigmentaire hérédo-syphylitique, portant des cicatrices d'intervention pour tuberculose osseuse du genou et chez laquelle on vit se développer une volumineuse tumeur faisant saillie dans le cerveau, à développement et ulcération rapides et ayant été prise au début pour une gomme syphylitique.

Le traitement iodo-mercuriel fut sans résultat.

La malade,qui n'avait présenté comme symptômes que de la paralysie du voile du palais, des troubles de la motilité oculaire et de la parésie de l'hypoglosse, succomba au bout d'un mois avec des accidents pulmonaires.

A l'autopsie,on trouva un sarcome de la base du crâne. Le sinus sphénoïdal avait disparu, le corps du sphénoïde et

l'apophyse lasilaire de l'occipital étaient envahis. La tumeur avait détruit tout le tissu osseux, sauf les condyles occipitaux, elle s'arrêtait en avant au niveau de la selle turcique et faisait saillie à la partie inférieure de la grande aile du sphénoïde.

RECUEIL DES OBSERVATIONS

DE TUMEURS MALIGNES DU NASO-PHARYNX, PARUES DANS LES THÈSES MONBOUYRON, DE LAVAL ET DE DUVERGER

1. VERNEUIL ET SCHWEICH. — Quarante ans. Sarcome fuso-cellulaire. Tumeur du cou et surdité droite. Prolapsus de la paupière supérieure, mydriase, hémiplégie faciale, dure deux mois, se termine par la mort, 1867.

2. VOLTOLINI. — Cinquante ans. Lympho-sarcome. Tumeur diffuse, partant de la troisième amygdale, deux récidives, 1873.

3. VEILLON. — Quatorze ans. Sarcome embryonnaire. Déformation de la joue, douleur subite. Paralysie du facial, de l'auditif, de l'optique, généralisation aux viscères, dure trente-huit jours; extirpation par voie nasale, se termine par la mort, 1874.

4. BRYK. — Sarcome fuso-cellulaire. Marche rapide vers le crâne. Envahissement du cavum en entier. Mort, 1874.

5. BRYK. — Sarcome à cellules rondes. Insertion sur la deuxième cervicale. Noyau dans le quatrième ventricule. Mort, 1874.

6. BUNETT. — Sarcome embryonnaire, 1881.

7. SCHMIDT. — Quarante-huit ans. Myxo-sarcome. Coryza, hémorragies et refoulement du voile, 1881.

8. Th. Stocker. — Myxo-sarcome. Déformation de la face, pénétration dans les diverses cavités, 1884.

9. Walsham. — Quarante ans. Sarcome fuso-cellulaire. Hémorragies à répétitions. Guéri neuf mois après, 1884.

10. Boswort. — Quarante-deux ans. Sarcome forme diffuse, dure neuf mois. Ablation à l'anse galvanique, thermocautère pendant cinq mois, 1885.

11. Castelain. — Sarcome, 1885.

12. Walt-Pye. — Seize ans. Myxo-sarcome. Insertion sur l'apophyse basilaire et le corps de l'atlas, pénétration dans la fosse nasale gauche, hémorragie violente, dure cinq semaines, intervention, mort.

13. Wassermann. — Trente-deux ans. Sarcome à cellules rondes, hémorragie mortelle, récidive très rapide, mort ; 1886.

14. Wassermann. — Trente-huit ans. Sarcome à cellules rondes. Métastase au rein droit. Récidive. 5 opérations en quelques mois ; mort, 1886.

15. Wassermann. — Trente-huit ans. Sarcome. à marche très rapide. Injection de liqueur de Fowler ; mort, 1886.

16. Wassermann. — Quarante-cinq ans. Sarcome. Pleuropneumonie. Ablation avec forte hémorragie ; mort, 1886.

17. Thomas J.-D. — Sarcome, 1887.

18. Heymann P. — Sarcome à cellules rondes, 1890.

19. Lange. — Sarcome, 1891.

20. Delie. — Sarcome globo-cellulaire. Au début, végétations. Récidive, adénopathie après la quatrième ablation ; 4 curettages, électrolyse ; mort subite, 1891.

21. Masucci. — Sarcome, traité par la pioctanine, 1892.

22. Stewart. — Sarcome multiples, 1893.

23. LOGAN J. — Quarante-quatre ans. Sarcome à cellules rondes ; 10 opérations en quatre ans, 1893.

24. MÜLFARTH. — Vingt-six ans. Sarcome à cellules géantes, dyspnée, dysphagie. Paralysie précoce du moteur-occulaire externe. Ablation à la pince, 1893.

25. RONCALLI. — Sarcome télangiectasique, 1893.

25. SCHEINMANN. — Quatre ans. Sarcome. Refoulement du voile, ganglions cervicaux et angulo-maxillaires, 1894.

27. SPITZER. — Quarante ans. Sarcome ; Méningisme ; pneumonie ; mort, 1894.

28. ALEXANDER. — Sarcome. Parésie du voile ; paralysie faciale. Arsenic à l'intérieur ; guéri, 1895.

29. HEYMANN (P.). — Sarcome. Arsenic à l'intérieur, guéri, juin 1895.

30. SCHEIBER. — Quinze ans, sarcome à cellules rondes. Hémorragies répétées, douleurs. Opération par voies naturelles, 1896.

31. ESCAT. — Dix ans et demi, myxo-sarcome, suppuration de l'oreille, douleurs. Récidive envahissante du voile, dure vingt jours. Curettage, opération large par voie maxillaire, mort 1896.

32. BRYANT. — Sarcome, ligature des carotides, guérison 1896.

33. HUBBARD. — Cinquante ans, fibro-sarcome à cellules rondes. Otite moyenne ; catharre du nez. Encéphalalgie, propulsion de l'œil, avec paralysie oculaire. Envahissement cérébral ; durée 1 an 1/2 ; trépanation cranienne sans résultat, mort 1897.

34. PIERRE. — Lympho-sarcome, otlagie, surdité, tumeur péri-tubaire. Récidive trois jours après. Paralysie faciale du

voile. Vomissements ; dure huit mois. Morcellement à la pince. Ablation à l'édinotome, mort 1898.

35. Von Leyden. — Soixante-dix ans. Surdité, dysphagie, dyspnée. On emploie le morcellement, l'électrolyse, guérison 1898.

36. Brault. — Trois ans et demi ; sarcome globo-cellulaire. Déformation de la face, exophtalmie, nasonnement, dysphagie, asphyxie menaçante, opération par voie buccale, 1898.

37. Schlech. — Sarcomes (4 cas), 1899.

38. Routaler. — Sarcomes (2 cas).

39. Burney. — Sarcome guéri, revu trois ans après, 1900.

40. Citelli et Calamida. — Sarcome, 1902.

41. Ledermann. — Sarcome à petites cellules ; ligature des carotides, résection maxillaire.

42. Wil Simpon. — Vingt-sept ans, sarcome. Au début aspect de végétations. Hémorragie, curettage à l'adénotome de Gottstein, 1902.

43. Escat. — Soixante ans. Sarcome embryonnaire. Obstruction nasale, récidive huit mois après, dure deux mois. Ablation à pince naso-pharyngé, mort.

44. Escat et Laval. — Quarante-huit ans. Sarcome, petite tumeur sous angulo-maxillaire, 1903.

45. Senator. — Cinq ans. Sarcome à cellules fusiformes. Obstruction nasale, refoulement du voile. Ablation à l'adénotome de Gottstein, 1903.

46. Escat. — Dix ans et demi. Myx-sarcome, gêne respiratoire, ablation. Récidive dix-huit jours après, mort, *in* thèse Laval, 1903.

47. Escat. — Soixante ans. Sarcome embryonnaire, opération, récidive un mois après, mort *in* thèse Laval, 1903.

48. Laval. — Sarcome globo-cellulaire, opération deux mois après, récidive, 1903.

49. Jaboulay. — Fibro-sarcome, vient de transformation maligne de fibrome, mort, 1903.

50. Duverger. — Mélano-sarcome globo-cellulaire ; opération de Moure, guérison se maintient encore sept mois après, 1904.

CONCLUSIONS

1° Bien qu'assez rares les sarcomes du naso-pharynx ne sont pas des tumeurs exceptionnelles ;

2° Leur point d'implantation est variable, mais le plus fréquemment ils s'insèrent sur l'apophyse basilaire. La théorie toute récente d'après laquelle ils pourraient dériver de l'hypophyse pharyngienne, n'est encore qu'une hypothèse ;

3° Les sarcomes se développent pendant une longue période d'une façon insidieuse. Les malades consultent trop tardivement pour que le traitement puisse avoir une réelle efficacité ;

4° Dans tous les cas de sarcome il faut s'efforcer de procéder à une ablation radicale de la tumeur. La voie naso-maxillaire semble offrir le maximum d'avantages pour aborder largement le cavum avec le minimum de délabrement ;

5° Les rayons X et le radium qui, n'ont guère été employés jusqu'ici, mériteraient peut-être d'être expérimentés.

Vu : le Président de thèse,
P. SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1839. VELPEAU. — Éléments de médecine opératoire (Gazette hebdomadaire, 1860).

1849. NÉLATON. — Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale, 2e édition (Bulletin de la Société de Chirurgie, 8 janvier).

1850. GOSSELIN. — Traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens. Thèse de Concours.

1852. HUGUIER. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 13 mars.

1860. VERNEUIL. — Gazette hebdomadaire, 1860 (Bulletin de la Société de Chirurgie).

— LEGOUEST. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 11 janvier.

1864. ROBIN-MOSSÉ. — Des Polypes naso-pharyngiens au point de vue de leur traitement. Thèse de Paris.

1866. DE GANDT. — Diagnostic différentiel et traitement des polypes noso-pharyngiens. Thèse de Paris.

1869. BERGERON. — Présentation d'une tumeur sarcomateuse implantée sur l'apophyse basilaire. Soc. anatomique de Paris.

1872. FLOUR. — Considérations sur les tumeurs de la voûte pharyngienne. Thèse de Paris.

VOLTOLINI. — Monatschrift fur ohrenkeilkunder VI in beitrage zum werke der Rhinoscopie.

1874. VEILLON. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. Thèse de Paris.

Bryk Aach für Klin. chirur. XVIII. Volumineux sarcome naso-pharyngé marchant vers le crâne.

1879. Péan. — Clinique chirurgicale, t. II.
— Kirmisson. — Des Opérations préliminaires en général. Thèse de Paris.
1881. Schmid. — Prager Med. Wochens VI b. d. Uber buccal extirp. Rachensgeschwüre.
1881. Burnett. — Round celled sarcoma in the naso-pharynx (American Journal of otologie).
1884. Thornby Stocker. — Un cas de myxo-sarcome (Britisch medic Journal, t. I, p. 113.
— Walsham.— A case of naso-pharynx polypus (Sarc. fuso. cell.) (Lancet).
1885. Bosworth. — A case of diffuse round. celled. sarcoma (Med. Record).
— Castelain. — Sarcome naso-pharyngien (Bulletin médic. du Nord, n° 4).
1886. Wassermann. — Beitrage zur statistik des Bindegewebstum am kopfe (4 cas) (Deutsch. Zeitschrist für Chirurgie Bd. 25).
— Walt-Pye. — A case of sarcoma (Brit. med. Journ).
1887. Thomas (J. D.). — Sarc. tuim. rem. the naso-pharynx (Aust med. gazelt Ap).
1888. Clutton. — A case of naso-pharynx sarcoma (Lancet, II).
1889. Farabeuf (L.-H.). — Médecine opératoire.
1890. Burnett. — A case of sarcoma of the naso-pharynx (Clin. Soc. London, vol. XXIII).
1890. Heymann (P.). — Vehr. d. Laryng. ges. z. Berlin (Rundzellensark d. Nasenracheur).
1891. Lange. — Sarcome rétro-pharyngien (New-York medic. Journ.).
— Delie. — Sarcome naso-pharyngien. Soc. belge de laryngol.
1892. Masucci (P.). — Un Caso di sarcome del naso-phar. trattato con la pioctanino (Arch. int. delle spec. medic. chir., n° 6).
1893. Stewart. — Sarcomes multiples du naso-pharynx (Journ. of Laryngol. and otol. juin).

— Mulfarth. — Uber maligne geschwülste des nasenrachenraumes. Thèse de Bonn.

— Roncalli. — Contribution à la casuistique des tumeurs malignes du naso-pharynx avec quelques considérations (Arch. ital. di Otal.).

— Ollier. — Traité des tumeurs du naso-pharynx par l'abaissement préliminaire du nez (Rev. de clin. et thérapeut., n° 54).

— Tuffier. — Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 21 nov.

1894. Logan (J.). — Sarcome du naso-pharynx. Cong. méd. améric., sept. 1893.

— Scheinmann. — Sarcome du naso-pharynx chez petite fille de quatre ans. Soc. Laryng. de Berlin, 2 fév.

— Spitzer. — Sarcome naso-pharyngien (Wiener Klin. Woch.).

— Kijewsky et Woblewsky (W.). — Sur la question de l'opérat. des tumeurs du rhino-pharynx (Arch. f. laryngol. Bd. II).

— Sendziak. — Contribut. à la casuitique des tumeurs du naso-pharynx (Monats. Ohrenheilt., 8 juin).

1895. Caste. — Tumeurs rares du naso-pharynx (France médicale, 1er juin).

— Monbouyran. — Tumeurs rares du naso-pharynx. Thèse de Paris.

— Alexander. — Sarcomes (2 cas) guéris par l'arsenic. Soc. berlin. de Larnygol., nov. 1895.

1896. Schreiber. — Uber die geschwülste des nasenschenraums. Thèse de Kœnigsberg.

1896. Bryant. — Sarcome du naso-pharynx guéri par la ligat. des deux carotides (Med. Record, p. 206).

1897. Hubbard. — Fibro-sarcome du naso-pharynx et de la fosse cérébrale moyenne (Arch. of etolog.).

— Wyeth. — Les Grosses tumeurs du naso-pharynx (New-York med. journ.).

— Wan Leyden. — Sarcome du naso-pharynx. Soc., néerlandaise.

1898. Brault (Alger). — Tumeur maligne du naso-pharynx

chez une petite fille de trois ans et demi (Annales des maladies de l'oreille).

— PIERRE (de Berck). — Lympho-sarcome du naso-pharynx (Arch. intern. de Laryngol.).

— DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, t. IV.

1899. WILSON-REES. — Grosse tumeur sarcomat. du naso-pharynx. Soc. laryngol. Londres, 13 nov.

— SCHLECH. — Uber maligne Rachengeschwülste (4 cas de sarcome). (Monatschrift. fürohrenheilk).

1900. RONTALER. — Deux cas rare de sarcome naso-phar. (Arch. für ohrenheilk. Bd, 49).

— BURNEY. — Sarcome du naso-pharynx n'ayant pas récidivé depuis trois ans (Prac. soc. of New-York, 1900).

1901. ALBRECHT. — Uber tumnen des nasenrachenraums. Thèse de Halle Wittenberg.

— ESCAT. — Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx, p. 440.

— JUNG (Hugo.). — Dissert. d. greisswald (contribut. à l'étude du lympho, sarcome de l'amygd. pharyngée.

1902. LEDERMAN. — Sarcome à petites cellules (Soc. méd. de New-York, 26 nov.).

— CITELLI et CALOMIDA. — Sarcome primitif du pharynx nasal (Arch. ital. di otol. vol. 13).

— MASS. — (New-York).— Des opérations des tumeurs naso-pharyngées. (All Wiener méd. Zeitung, n° 32).

— BOWLEY. — Tumeurs du nez et du naso-pharynx (Philadelphie medic jour. 31 mai).

1903. Revue de chirurgie (février). Procédé de Kronlen Orlow pour l'ablation des tumeurs naso-maxillaires.

– MONOD ET VANVERTS. — Traité de technique opératoire.

— WILLIAM SIMPSON. — Sarcome du naso-pharynx. Soc. de Laryngologie américaine (mai).

— CHRISTOPHLE. — Voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx.

— PAYRGRATZ.— Arch. fur klin. Chir. LXXII. Sur une nou-

velle méthode d'ablation des tumeurs du naso-pharynx avec conservation ostéoplastique des deux maxill. sup. suivant le procédé de Rocher.

— Quinlain (Fr.). — Communication sur les tumeurs malignes du naso-pharynx in the laryngoscope. Thèse de New-York, 1er janv. 1903.

— Mikulicz Heim. anns handbuch. der Laryngologie Bd. II Bosartige geschwübste des Epipharynx.

— Mathieu. — (Démitri) Contribution à l'étude des fibromes naso-pharyngiens. Thèse de Lyon.

1904. Senator. — Sarcome à cellules fusiformes dans le naso-pharynx (enfant de cinq ans). (Revue de Laryngologie).

— Charles (Grenoble). — Tumeurs du naso-pharynx extirpées par la voie bucc. phar. (Bulletin de Laryngologie, 30 mars).

— Cobbe. — Tumeurs malignes du nez et du naso-pharynx (Laryngoscope n° 8).

— Laval. — Des Tumeurs malignes du naso-pharynx. Thèse de Toulouse, 1904.

— Lenoble et Aubineau. — Volumineuse tumeur rétro-pharyngienne propagée à l'étage spléno-temporal droit du crâne et du lobe temporal correspondant. Exophtalmie. Ophtalmologie complète et paralysie de la cinquième paire. Société médicale des hôpitaux, 10 juin 1904.

— Duverger (Joseph). — De la Voie trans-maxillo-nasale dans les interventions sur l'arrière cavité des fosses nasales. Thèse de Bordeaux.

1905. Schmiegelow. — Lympho-sarcomes multiples du pharynx Société danoise d'Oto-Laryngologie.

— Martuscelli (G.). — Signification, structure et traitement des sarcomes endo-nasaux (Annales des maladies de l'oreille).

— Calomida (de Turin). — Symptômes, diagnostic, pronostic, traitement des sarcomes endo-nasaux (Annales des maladies de l'oreille).

— Zarniko (Charles de Hambourg). — Les Maladies du nez et du cavum publiées à Berlin.

— Compaired (de Madrid). — Contribution à l'étude clinique des tumeurs malignes du naso-pharynx (Archives internationales d'Oto-Rhino-Laryngologie).

— Delamare (André). — Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales. Thèse de Paris.

1906. Gellé (Georges). — Des Adénopathies dans les affections des fosses nasales et du pharynx (Archives internationales d'Oto-Rhino-Laryngologie).

— Luc (H.). — Fibro-sarcome, naso-pharyngo-maxillaire. Communication à la Société médicale du VIe arrondissement.

— Caldeira-Cabral (de Lisbonne). — Cas de végétations adénoïdes avec implantation post-opératoire d'un myxo-sarcome végétant (Archives internationales d'Oto-Rhino-Laryngologie).

— Becco (de Liége). — Fibro-sarco-enchondrome (Presse Oto-Laryngologique belge).

— Minor (C. de Springfield Ohio). — Tumeurs malignes du nez.

1907. Rhodes (J.-E. de Chiago). — Sarcome du naso-pharynx traité par injection d'adrénaline (Archives internationales d'Oto-Rhino-Laryngol.).

— Fitzgerald Powell. — Sarcome à cellules rondes du naso-pharynx (Archives internationales d'Oto-Rhino-Laryngologie).

— Jaboulay (de Lyon). — Dégénérescence tardive d'un fibrome naso-pharyngien avec métastase thyroïdienne (Archives internationales d'Oto-Rhino-Laryngologie).

— Mader — Radiothérapie des voies aériennes supérieures (Arch. für laryngo. Bd. XVIII, p. 1).

— Logan Turner. — Tumeur de la paroi-postérieure du naso-pharynx (sarcome, Journal of Laryngology).

— Otto T. Freer. — Lympho-sarcome du pharynx limi-

tant les mouvements des mâchoires et succédant à l'ablation de végétations adénoïdes (in the Laryngoscope).

— ADAM. — Un cas de sarcome du sphénoïde. Société d'Ophtalmologie de Berlin, 17 décembre 1908 (in Deutsch. medecin. Zeitung, 11 janvier 1909).

1908. GELLÉ et COUTELA. — Sarcome de la région hypophysaire et de la base du crâne avec prolongement pharyngien (inle Laryngoscope).

— BOURGEOIS et LENORMAND. — Chirurgie de la tête et du cou.

— DURAND et LAUNOIS. — Ablation du naso-pharynx par résection temporaire du massif maxillo-malaire (Lyon médical, 9 février 1908).

1909. ALBERT SCHLIEBS. — Nouvelles méthodes de traitement des tumeurs de l'espace naso-pharyngien (Thèse de Doctorat de Griefswald, 1908).

— STUART LOW. — État d'un opéré un mois après l'ablation d'une tumeur maligne du naso-pharynx. Société royale de médecine de Londres.

— WATSON WILLIAMS. — Tumeur maligne de la cloison et du naso-pharynx enlevée par une opération externe ostéoplastique (in Archives internat. d'Oto Rhino-Laryngologie).

1910. BOTEY (R.). — Néoplasme du cavum naso-pharyngé (fibro-myxo sarcome) et de la fosse droite de Rosenmüller. Extirpation par les voies naturelles, guérison (in Archives d'Oto-Rhino-Laryngologie).

— CLERC (L.). — Lymphosarcome primitif du naso-pharynx (Bolletino delle mal. d'elle Orecchio).

— LARANAGA (de Malaga). — Fibro-sarcome des fosses nasales et du pharynx nasal. Congrès espagnol d'Oto-Rkino-Laryngol.

— CITELLI. — Hypophyse pharyngée (Annales des maladies de l'oreille, novembre 1910).

1911. JACQUES. — Insertion siège mode d'implantation des polypes fibreux dit naso-pharyngien. Rapport au

Congrès International de Laryngo-Rhinologie, août 1911.

— Ferreri. — Sur la pathogenèse des fibromes naso-pharyngiens. Communication au Congrès international de Laryngo-Rhinologie, 1911.

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.